

Personuppgifter som lämnas på denna ansökningsblankett registreras av Socialstyrelsen i ett ärendehanteringssystem. Uppgifter om utfärdat behörighetsbevis överförs till Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Både ärendehanteringssystemet och HOSP uppdateras med vissa folkbokföringsuppgifter.

ANSÖKAN om specialistkompetens

Specialistkompetens i

Allmänmedicin

Sänds till

Socialstyrelsen
106 30 STOCKHOLM
Personuppgifter

Efternamn, samtliga förnamn fyll i		Personnummer fyll i
Utdelningsadress fyll i		
Postnummer fyll i	Postort fyll i	
E-postadress fyll i	Tjänsteställe (sjukhus, vårdcentral etc.) fyll i f	
Telefon bostaden (inkl. riktnummer) fyll i	Telefon arbetet (inkl. riktnummer) fyll i	Mobiltelefon fyll i

Utbildning. Ange datum (år, månad, dag) vid de olika alternativen

Läkare med svensk examen

Läkarexamen datum för examen	Läkarlegitimation datum för legitimation
Tidigare erhållen specialistkompetens i ev specialistkompetens	

Läkare med utländsk examen och kompletterande utbildning i Sverige

Läkarexamen (land) Thuleprov plus land datum	Läkarlegitimation (land) datum, land
Tidigare erhållen specialistkompetens i (land) ev specialistkompetens	Svensk läkarlegitimation datum

Socialstyrelsens anteckningar

Atgärder	Datum för bevis
----------	-----------------

INTYG

om uppnådd kompetens enligt målbeskrivning för specialiseringstjänstgöring (ST)¹

Avsedd specialitet

Allmänmedicin

Undertecknad verksamhetschef² intygar – i samråd med berörd handledare – att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

uppnått kompetenskraven i enlighet med fastställd målbeskrivning för specialiteten,

fullgjort minst fem års tjänstgöring under handledning³

använt sig av de lärandemetoder som målbeskrivningen föreskriver, och

i förekommande fall, har genomgått utlandstjänstgöring som varit relevant för måluppfyllelsen.

Specialitet		
Allmänspecialistläkare som chef eller av ej läkerchef delegerad allmänspecialistläkare (ej handledare)		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		

Undertecknad verksamhetschef intygar att uppdraget att intyga uppnådd kompetens har delegerats till ovanstående intygande person enligt 7 kap. 5 § första stycket (i tillämpliga fall)

Specialitet		
om sköterskechef delegering av ansvar till ovan nämnda specialist i allmänmedicin		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		

Tillstyrkan av handledare⁴ med specialistkompetens i den avsedda specialiteten

Namnunderskrift	
Namnförtydligande	Tjänsteställe
huvudhandledaren, alltid specialist i allmänmedicin	vårdcentralens namn

Förteckning över bifogade intyg i enlighet med Socialstyrelsens standardformulär avseende

Intyg om uppnådd kompetens enligt målbeskrivning Fyll i intyget	Bilaga nr Det nummer bilagan får
Kliniska tjänstgöringar 1,2,5,7,8 VC + klinik. 6 speciellt intyg BVC.	Bilaga nr Hembesök delmål 9 beskrivs i VC intyg alt i eget intyg
Auskultationer Bör ej användas, uppges i VC intyget	Bilaga nr skriv tidsperioden på VC intyg
Kurser Delmål 3,6,13,16,17,18,19	Bilaga nr
Skriftligt individuellt arbete Sammanfattning av arbetet på intyget	Bilaga nr
Kvalitets- och utvecklingsarbete Beskriv uppgifter på intyget	Bilaga nr

Förteckning över bifogade intyg avseende

Godkänd svensk doktorexamen	Bilaga nr
Bedömning av utländsk doktorexamen	Bilaga nr
Utländsk tjänstgöring	Bilaga nr

Underskrift

Ort och datum Glöm inte att skriva under!	Sökandens underskrift
--	-----------------------

Att denna meritförteckning överensstämmer med oss företedda originalhandlingar intygas

Namnunderskrift	Namnunderskrift
Namnförtydligande vittnen som intygar att kopior stämmer med original	Namnförtydligande vittnen kan vara vem som helst, undvik jävighet
Utdelningsadress inte någon som redan skrivit på ex handledare	Utdelningsadress
Postnr och postort Betala innan ansökan!	Postnr och postort

Avgift

Enligt 11 § avgiftsförordningen (1992:191) ska sökanden ha betalt en avgift innan ansökan handläggs. Avgiften för specialistkompetens är f.n. 2 300 kronor (se Socialstyrelsens hemsida för aktuell avgift). Avgiften betalas in till Socialstyrelsen, Bankgirokonto 790-3750.
Observera att vid inbetalningen är det viktigt att **personnummer** anges (i en följd utan mellanslag eller streck), ingenting annat får skrivas i meddelanderutan!

Samråd har, enligt 7 kap. 6 §, skett med undertecknade verksamhetschefer⁵ vid andra vårdenheter

Namnunderskrift	
Namnförtydligande Tydlighet i vem det är, hänvisa till ev bilaga	Tjänsteställe ex tillgodoräknad tjänstgöring innan ST

Namnunderskrift	
Namnförtydligande Gärna samråd med studierektor	Tjänsteställe

Namnunderskrift	
Namnförtydligande	Tjänsteställe

- 1 För sammanslagna specialiteter ska två intyg om uppnådd kompetens enligt målbeskrivning utfärdas i enlighet med 4 kap. 6 §.
- 2 Eller den läkare med avsedd specialistkompetens som verksamhetschefen gett uppdrag åt att utfärda intyg om specialiseringstjänstgöring enligt 7 kap. 4 §.
- 3 Om godkänd doktorsexamen återopas gäller minst fyra och ett halvt års tjänstgöring under handledning förutsatt att kraven i målbeskrivningen är uppfyllda. Se 6 kap. 1 § andra stycket.
- 4 Eller den läkare med avsedd specialistkompetens som verksamhetschefen har utsett att vid sidan av honom/henne själv intyga den uppnådda kompetensen enligt 7 kap. 5 § andra stycket.
- 5 Eller den läkare med avsedd specialistkompetens till vilken verksamhetschefen har gett uppdraget.

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

1-21

Tjänstgöringsplats/enhet

Vårdcentralen

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Det blir flera tidsperioder för vårdcentralsplaceringen, inkludera tider för ev auskultation och arbete med forskningsprojekt

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort	Tjänsteställe	Datum
-----	---------------	-------

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Huvudhandledaren som är specialist i allmänmedicin
--

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

1,2,4,5,6

Tjänstgöringsplats/enhet

Barnklinik

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Tid och tjänstgöringsgrad på respektive enhet . Beskriv att det även ingått tjänstgöring på barnakuten. Beskriv om det även ingått tjänstgöring på BVC

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

1,2,4,5

Tjänstgöringsplats/enhet

Psykiatrisk avdelning/mottagning

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Tid och tjänstgöringsgrad på respektive enhet. Beskriv att det även ingått tjänstgöring på psykakuten

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort	Tjänsteställe	Datum
-----	---------------	-------

Namnunderskrift

Namnförtydligande

handledare på psykiatrikliniken

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

1,2,4,5

Tjänstgöringsplats/enhet

Medicinkliniken/medicinakuten

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Tid och tjänstgöringsgrad på respektive enhet. Beskriv även att det ingått tjänstgöring på medicinakuten, tonvikt på akutmedicin.

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande handledare på medicinkliniken		

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

6

Tjänstgöringsplats/enhet

Barnvårdscentralens namn

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Tjänstgöringstid. Självständigt arbete på BVC . Särskilt intyg separerat från VC även om BVC ligger på VC.
--

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort	Tjänsteställe	Datum
-----	---------------	-------

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Huvudhandledare

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

1,2,4,5,7

Tjänstgöringsplats/enhet

Kvinnokliniken

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Tid och tjänstgöringsgrad

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort	Tjänsteställe	Datum
-----	---------------	-------

Namnunderskrift

Namnförtydligande

handledare kvinnokliniken

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

1,2,4,5,8

Tjänstgöringsplats/enhet

Geriatrisk klinik

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Tid och tjänstgöringsgrad.

Om placering ersätts med VC med SÄBO skall det intygas och motiveras av huvudhandledare på VC. Eget intyg från VC och där uppges namnet på SÄBO.

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort	Tjänsteställe	Datum
-----	---------------	-------

Namnunderskrift

Namnförtydligande

handledare geriatrik

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

1,2,4,5

Tjänstgöringsplats/enhet

Alla övriga randningar wx ÖNH, hud, infektion, ortopedi

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

Att legitimerade läkaren

Namn

Personnummer

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort

Tjänsteställe

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

handledare på randningsklinik

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KURS

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

Obligatoriska kurser delmål 3,6,13,16,17,18 resp 19

Kursens namn

namn på kurs

Kort beskrivning av kursens innehåll (max. 20 ord)

delmål 3 = allmänmedicinskt arbetssätt, 6= BHV kurs, 13=konsultationskurs, 16=handledarutbildning, 17=ledarskapsutbildning, 18= Hälso- och sjukvårdens organisation, juridikkurs, 19 =vetenskapsmetodikkurs

Kurstid fr.o.m. – t.o.m.

--

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått och godkänts på ovanstående kurs
intygas av undertecknad kursledare

Specialitet (i förekommande fall)		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		
intygas av kursledare. alt huvudhandledare om det är kurs som inte har korrekt intyg(hänvisa till bilaga)		

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
SKRIFTLIGT INDIVIDUELLT ARBETE ENLIGT VETENSKAPLIGA PRINCIPER

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

19

Ämnet för arbetet i rubrikform

namn på arbetet

Kort beskrivning av arbetet (max. 20 ord)

Kort beskrivning, originalarbetet behöver inte skickas in

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har med godkänt resultat genomfört ovanstående arbete
intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort	Tjänsteställe	Datum
-----	---------------	-------

Namnunderskrift

Namnfortydligande

vetenskaplig handledare

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KVALITETS- OCH UTVECKLINGSARBETE

Avsedd specialistkompetens

Allmänmedicin

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

20

Ämnet för arbetet i rubrikform

ämne

Kort beskrivning av arbetet (max. 20 ord)

Krav att ha deltagit i kvalitetsarbete, behöver inte mynna ut i skriftligt arbete. Kan vara både teoretiska studier, praktiska moment.

"Har aktivt deltagit i det fortlöpande förbättrings- och utvecklingsarbetet på VC"

skriv konkreta saker du ev utfört. Det vetenskapliga arbetet kan vara en del men inte endast detta.

Att legitimerade läkaren

Namn

Personnummer

har med godkänt resultat genomfört ovanstående arbete
 intygas av undertecknad handledare

Specialitet

Ort

Tjänsteställe

Datum

Namnunderskrift

Namnfortydligande

huvudhandledare