

Fyll i på dator, skriv ut samt **UNDERTECKNA** och skicka till: **Utbildningsadministratör, Medicinska Vetenskaper, Örebro Universitet, 701 82 Örebro ELLER SCANNA** och skicka via e-mail till **utbildningsadm.MV@oru.se**

| | | |
|-------------------|------------------------|-----------|
| STUDENT: | Förnamn | Efternamn |
| PLACERING: | Närvarokrav = 5 timmar | |

BEDÖMNING AV VFU - kryssa "JA" om du bedömer att respektive kriterium uppfyllts tillfredsställande. Vid tveksam prestation kryssa "?" eller "NEJ" om kriteriet ej uppfyllts. Kommentera prestationen, ge konkreta positiva exempel respektive vad som skulle behöva ändras för att nå kriteriet och föreslå konkreta förslag till förbättring. Gå igenom intyget inklusive kommentarer med studenten.

TIPS VID ÅTERKOPPLING (Hattie & Timperley, The power of feedback)

 Syfte med återkopplingen: A) Bekräfta en *god prestation* och/eller B) Att komma *närmare ett specifikt mål*

 Börja med att efterfråga studentens *egen uppfattning* om prestationen. Tänk på att *fokusera på uppgiften* och inte personen

1) Utgå från målet 2) Hur var prestationen / beteendet i relation till målet? 3) Ge ett konkret förslag för att komma närmare målet

| KOMMUNIKATION - Kan kommunicera på ett begripligt sätt med patient, närstående och personal. | JA | ? | NEJ |
|---|----|---|-----|
| | | | |
| PROFESSIONALISM - Bemöter patienter, närstående, personal & medstudenter respektfullt. Aktivt deltagande. | JA | ? | NEJ |
| | | | |
| ORGANISATIONSFÖRMÅGA - Kommer och går i tid, är förberedd inför uppgifter | JA | ? | NEJ |
| | | | |
| ÅTERKOPPLING - Ger och tar emot återkoppling på ett konstruktivt sätt | JA | ? | NEJ |
| | | | |

| | | | |
|---|--------------------|--------------------|--|
| Studenten har full närvaro på VFU-dag | Ja | Nej | Som full närvaro räknas 5 timmar exkl raster |
| Studentens insats bedömes vara tillfredsställande | Ja | Nej | Om ej tillfredsställande- kommentera ovan |
| Önskar kontakt med examinator | Nej | Ja | Telefon: |
| Jag har gått handledarutbildning | Ja | Nej | Signatur (skriv ut först): |
| Jag är Leg sjuksköterska | Leg arbetsterapeut | | |
| Arbetsplats: | Datum: | Namnförtydligande: | |