# Checklista

*Fylls i kontinuerligt under året*

| | |
|---|---|
| ST-läkare: | Datum: |
| Handledare: | Avser perioden: |

| Datum | Handledning/Bedömning* |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

*Klinisk tjänstgöring
*Återkoppling efter en tids gemensamt rondarbete
*Medsittning
*Case Based Discussion
*ST-kollegium