Rensa Skriv ut

Bilaga nr:

INTYG
om genomförd utbildningsaktivitet och uppfyllda kompetenskrav

Kurs

Sökande

Efternamn	**Förnamn**

Personnummer	**Specialitet som ansökan avser**

Delmål som intyget avser (t.ex. STa1, STb1, STc1)

B4 Försäkringsmedicin, berör även målformuleringar i a1, a2, a6 och b1 (Målbeskrivning 2015) samt STb3 Försäkringsmedicin, berör även målformuleringar i STa4, STa5, STb1 och STb2. (Målbeskrivning 2021)

Kursens ämne (anges i rubrikform)

Webbutbildning i klinisk försäkringsmedicin, grundmoduler

Beskrivning av kursen

Kursen består av två avsnitt, Hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete, Arbetsgivarens och välfärdsaktörernas ansvar samt ett kunskapstest. Innehållet utgår från gällande regelverk. Kursinnehållet baseras på Vägledning med kompetensmål i försäkringsmedicin för läkare under specialiseringstjänstgöring. Första avsnittet belyser kunskapsområdet som en del av hälso- och sjukvårdens arbete utifrån patientens behov av bedömningar och utlåtanden. Innehållet beskriver aktuella försäkringstyper samt grunden i försäkringsmedicinska bedömningar och intyg. I detta ingår kommunikation och samverkan med patienten, övriga vårdteamet samt mottagare av den försäkringsmedicinska bedömningen och intyget. Det andra avsnittet belyser arbetsgivarens, Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens och socialtjänstens uppdrag, roller och ansvar kopplat till försäkringsmedicinska frågeställningar samt behovet av samverkan mellan dessa aktörer och hälso- och sjukvården. Innehållet beskriver aktuella förmåner som kan kräva medicinska bedömningar och utlåtanden från hälso- och sjukvården. Kunskapstestet med 20 frågor är indelade i sju teman: (1) sjukvårdens roll och ansvar, (2) sjukdom, funktionshinder och arbete, (3) medicinska underlag, (4)övriga aktörers roller och ansvar, (5) samordning och samverkan, (6) aktuella regelsystem och normativa rekommendationer och (7) etik, värderingar och förhållningssätt

Intygsutfärdande handledare alternativt kursledare intygar att sökanden har genomfört utbildningsaktiviteten och bedömer att han eller hon har uppfyllt kompetenskrav i delmålet/-en.

☐ **Handledare** ☐ **Kursledare**

Namnteckning	**Ort och datum**

Namnförtydligande	**Personnummer** (gäller endast handledare)

Specialitet (gäller endast handledare)

Tjänsteställe