



**SAHLGRENKA AKADEMIN
FYSIOTERAPEUTPROGRAMMET**

Bedömningsformulär Verksamhetsförlagd utbildning/ VFU

STUDENT: _____ **TERMIN:** _____

DATUM HALVTIDSBEDÖMNING: _____

DATUM SLUTBEDÖMNING: _____

BEDÖMNINGSKRITERIER	HALVTIDSBEDÖMNING Ange "II" eller "I" + kommentar <i>I: Tydlig observerbar utveckling; bör hinna utvecklas till godkänd nivå</i> <i>II: Svag utveckling; risk för att inte hinna nå godkänd nivå</i>	SLUTBEDÖMNING Ange "U" eller "G" + kommentar <i>U = Underkänd</i> <i>G = Godkänd</i>
1. Problemlösning		
2. Undersökning och behandling		

3. Kommunikation		
4. Dokumentation		
5. Samverkan och förhållningssätt		
6. Säkerhet		

Sammanfattande kommentarer och rekommendationer (*skall alltid fyllas i*)

Sammanfattande bedömning:

GODKÄND

UNDERKÄND

Antal dagar med frånvaro: _____

Studenten har diskuterat Plan för Eget Lärande / PEL med handledare

Datum: _____

VFU-plats: _____

Skrivs ut och signeras för hand

Underskrift studerande:

Underskrift handledare:

Mejla den ifyllda blanketten till:

Utbildningsadministratör vid Fysioterapeutprogrammet Moa Andersson,
moa.andersson@gu.se

Enheten för fysioterapi

Arvid Wallgrens backe, hus 2, Box 455, 405 30 Göteborg

031 786 00 00, www.gu.se/neurovetenskap-fysiologi