

Uppdragsavtal Kliniskt Träningscenter, KTC

Datum:

Beställare:

Kontaktpersoner

KTC: _____

Klinik eller motsvarande: _____

S: Situation, anledning till kontakt

Uppdrag: _____

Antal deltagare: _____

Profession på
deltagare: _____

Lokal: KTC Annan _____

B: Bakgrund

Önskemål/problem: _____

Lärandemål:

1. _____

2. _____

3. _____

A: Aktuella ansvarsområden

Föreläsare KTC Klinik

Instruktör KTC Klinik

Förkunskapskrav Ja: _____ Nej

Simulator/utrustning KTC Klinik

Fika KTC Klinik

Planerad tidsåtgång

__ timmar fm/em heldag __ dagar

Övrigt:

R: Rekommendation:

Sammanfattning av planerat uppdrag:

Önskemål om utvärdering: Ja

Nej

Underskrift:

KTC: _____

Klinik eller motsvarande: _____