



Namn/personnummer _____

Klinisk studieplats _____ Kurs: _____ Tid: _____

Avslutande bedömning:

Datum _____

Allmän kommentar:

Namnunderskrift student: _____

Namnunderskrift huvudhandledare: _____

Namnunderskrift handledare: _____

Sammanfattande omdöme

Godkänd i alla lärandemål

Underkänd

Namnunderskrift klinisk adjunkt: _____