



Namn/personnummer _____

Klinisk studieplats _____ Kurs: _____ Tid: _____

Halvtidsbedömning

Datum _____

Detta bör studenten träna mer på:

Åtgärdsplan för att studenten ska uppnå målen om måluppfyllelsen är otillräcklig vid halvtidsbedömning:

Närvarande personer vid halvtidsbedömning:

Namnunderskrift student: _____

Namnunderskrift huvudhandledare: _____

Studenthandledning Omvårdnad kandidat alt. magister

Namnunderskrift handledare: _____

Studenthandledning Omvårdnad kandidat alt. magister

Namnunderskrift klinisk adjunkt: _____

Adjunkt Lektor



Namn/personnummer _____

Klinisk studieplats _____ Kurs: _____ Tid: _____

Avslutande bedömning:

Datum _____

Allmän kommentar:

Namnunderskrift student: _____

Namnunderskrift huvudhandledare: _____

Studenthandledning Omvårdnad kandidat alt. magister

Namnunderskrift handledare: _____

Studenthandledning Omvårdnad kandidat alt. magister

Sammanfattande omdöme

Godkänd i alla lärandemål

Underkänd

Namnunderskrift klinisk adjunkt: _____

Adjunkt Lektor