

**Umsókn um tímabundið starfsleyfi læknanema**

**Eingöngu er tekið við umsóknum sem fylltar eru út á tölvutæku formi, útprentaðar og undirritaðar**

Í 1. mgr. 11. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012 segir: „Landlæknir má, **ef nauðsyn krefur**, veita þeim sem lokið hafa fjórða árs námi í læknisfræði við læknadeild Háskóla Íslands eða sambærilegu námi erlendis tímabundið starfsleyfi til að **sinna tilgreindum læknisstörfum**. Í slíkum tilvikum skal læknanemi starfa með lækni sem hefur ótakmarkað lækningaleyfi.“

|  |
| --- |
| **Umsækjandi (læknanemi):**  Nafn: Kennitala: Ríkisfang:  Heimili:       Póstnúmer:       Sveitarfélag:       Land:  Símanúmer:       Netfang: |

|  |
| --- |
| **Upplýsingar um menntun:**  Umsækjandi hefur lokið       ári í læknisfræði. Nafn háskóla: |
| **Upplýsingar um starfsstöð og tímabil:**  Dagsetning tímabils sem sótt er um: til og með  Nafn stofnunar þar sem umsækjandi mun starfa:  Deild/starfsstöð:  Læknanemi skal eingöngu sinna læknisstörfum á þeirri starfsstöð sem leyfið nær til og innan þeirra tímamarka sem leyfið nær til. |
| **Undirskrift læknanema:**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dags.: |

|  |
| --- |
| **Takmarkanir tímabundins starfsleyfis læknanema:**   1. Leyfið veitir ekki heimild til ávísunar eftirritunarskyldra lyfja. 2. Leyfið veitir ekki heimild til ávísunar ávana- og fíknilyfja nema í samráði við lækni á viðkomandi starfsstöð sem hefur ótakmarkað lækningaleyfi. Skrá skal í sjúkraskrá nafn þess læknis sem samráð var haft við. 3. Leyfið veitir ekki heimild til ávísunar lyfja sem eru bundin ávísun lækna í tilgreindum sérfræðigreinum. 4. Leyfið veitir eingöngu heimild til að ávísa lyfjum í gegnum sjúkaskrárkerfi viðkomandi stofnunar. 5. Leyfið veitir heimild til ávísunar lyfja, þar með talið til skömmtunar lyfja, til að hámarki 100 daga notkunar enda gildi ekki frekari takmarkanir um viðkomandi lyf. 6. Leyfið veitir eingöngu heimild til ávísunar lyfja handa þeim sjúklingum sem tengjast beint viðkomandi starfsstöð. 7. Leyfið veitir ekki heimild til ávísunar lyfja til eigin nota. 8. Leyfið veitir ekki heimild til ávísunar lyfja handa fjölskyldu læknanemans og aðstandendum hans. 9. Leyfið er bundið við rafrænar lyfjaávísanir, þ.e. ekki er heimilt að ávísa lyfjum með pappírslyfseðlum eða í síma. 10. Læknaneminn skal ekki taka ákvörðun um meðferð eða útskrift (inniliggjandi eða eftir móttöku) nema að fengnu samþykki eða samkvæmt fyrirmælum þess læknis sem hann starfar með. 11. Læknaneminn skal ekki sinna vaktþjónustu nema samhliða lækni. 12. Læknaneminn skal ávallt starfa í teymi á ábyrgð yfirlæknis.   **Með undirskrift minni, staðfesti ég að:**   1. Læknanemanum hafa sérstaklega verið kynntar framangreindar takmarkanir. 2. Læknanemanum verði ekki falin önnur verkefni en þau sem ég tel við hæfi. 3. Læknanemanum hafi verið kynnt íslensk heilbrigðislöggjöf sem honum er nauðsynlegt að þekkja í starfi sínu. 4. Ég verði læknanemanum til ráðgjafar og aðstoðar eftir því sem þörf er á. 5. Læknaneminn muni ekki verða einn við læknisstörf, nema hafa greiðan aðgang að mér eða öðrum læknum með ótakmarkað lækningaleyfi. 6. Reynt hafi verið árangurslaust að ráða lækni með fullgilt lækningaleyfi. 7. Læknaneminn hefur lokið fjórða árs námi í læknisfræði við Háskóla Íslands eða sambærilegu námi erlendis og staðfesting þar að lútandi liggur fyrir á starfsstöðinni. 8. Læknaneminn hefur verið ráðinn til starfa á framangreindri stofnun það tímabil sem tilgreint er í umsókn. 9. Samstarfsfólk læknanemans er upplýst um öll ofangreind skilyrði. 10. Ég mun tilkynna embætti landlæknis án tafar um það ef ráðningartími læknanemans verður styttri en fram kemur í umsókninni.   **Starfslýsing læknanemans skal fylgja umsókn.**  **Staðfesting viðkomandi skóla á að læknanemi hafi lokið 4. árs námi við Háskóla Íslands eða sambærilegu námi erlendis skal fylgja umsókn.**  **Umsókn skal berast að minnsta kosti 14 dögum fyrir upphafsdag ráðningar.**  **Undirskrift yfirlæknis sem hefur umsjón með læknanema:**  Nafn: Kennitala:  Netfang:  Stofnun: Svið/deild:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dags.:  Undirskrift yfirlæknis |