

# SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZAT

## SPECIÁLIS KÉPZÉSI PROGRAM EGYÉNI MUNKATERVE

Szakorvosjelölt neve:

---

Pecsétszáma:

---

Szakképzésbe lépés dátuma:

---

Értesítési címe:

---

E-mail címe:

---

Telefonszáma:

---

Elsődleges képzőhely/munkáltató:

---

### Szakképzésre vonatkozó adatok:

#### Akkreditáció:

A munkatervben megjelölt gyakorlatok képzési idejének egy részét elsődleges képzőhelyen/munkáltatótól eltérő egészségügyi szolgáltatónál akkor töltheti, ha az elsődleges képzőhely/munkáltató az adott képzési elem teljesítésére nincs akkreditálva. Amennyiben az elsődleges képzőhely/munkáltató akkreditált, a gyakorlat máshol nem tölthető.

#### Szabadság és betegállomány:

A képzési elemek teljesítése akkor fogadható el, ha a képzési elem teljesítése során igénybe vett szabadság vagy betegszabadság időtartama nem haladja meg

- 1–4 hónap időtartamú képzési elemnél az adott képzési elem egyötöd részét,
- 5–12 hónap időtartamú képzési elemnél az egy hónapot,
- 12 hónap időtartamot meghaladó képzési elemnél arányosan az éves rendes szabadság mértékét.

Az 1 hónapnál rövidebb időtartamú képzési elem csak akkor fogadható el, ha a jelölt azt teljes időtartamában teljesítette. Ha a képzési elem teljesítése során igénybe vett szabadság vagy betegszabadság időtartama a fenti időtartamot meghaladja, az adott képzési elem a szabadság vagy betegszabadság időtartamának megfelelő azon szakterület szerinti gyakorlati idő igazolásával ismerhető el, amelynek elismerésére a szabadság vagy betegszabadság miatt nem került sor, tehát azokat be kell pótolni.

#### Tanfolyamok:

A munkatervben szereplő kötelező tanfolyamokra a szakorvosjelöltnek egyénileg kell jelentkeznie. A tanfolyamokról az OFTEX portálon, valamint a Dékáni Hivatal honlapján (<http://semmelweis.hu/aok/szakorvoskepzes/kotelezo-tanfolyamok-es-jelentkezési-lap-2/>) tájékozódhat. A tanfolyamról szóló teljesítésigazolást a [teljesitesigazolas.aokdh@med.semmelweis-univ.hu](mailto:teljesitesigazolas.aokdh@med.semmelweis-univ.hu) e-mail címre kell eljuttatni.

#### Ügyelet:

A havi munkaidő keret terhére a szakgyakorlati idő alatt havi 2 kötelezően előírt ügyelet teljesítése szükséges.

## 36 HÓ SPECIÁLIS KÉPZÉSI PROGRAM EGYÉNI MUNKATERVE

### **11 hó szülészeti képzés:**

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

### **11 hó nőgyógyászati képzés:**

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

### **5 hó nőgyógyászati onkológia:**

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

### **1 hó nőgyógyászati endokrinológia és asszisztált reprodukció:**

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

**3 hó szülészeti-nőgyógyászati ultrahang diagnosztika:**

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

**2 hó szülészeti aneszteziológia:**

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

**1 hó urológia:**

helye: \_\_\_\_\_

időpontja: \_\_\_\_\_

**2 hó kötelező tanfolyamok:**

**Kolposzkópia:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

**Neonatólógia:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

**Nőgyógyászati endoszkópia:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

**Szülészeti-nőgyógyászati ultrahang diagnosztika:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

**Posztmenopauzális hormonpótlás:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

**Pszichoszomatika a szüléset-nőgyógyászatban:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

**Gyermeknőgyógyászat:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

**Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:**

- Meghatározott számú és típusú beavatkozás elvégzése.

dátum: \_\_\_\_\_

---

szakorvosjelölt  
Ph.

A jelölt képzési tervével egyetértek, a vonatkozó jogszabályi rendelkezések alapján felkészülését biztosítom.

dátum: \_\_\_\_\_

---

munkahelyi vezető  
Ph.

### **A Semmelweis Egyetem ÁOK döntése**

**A képzési tervet az illetékes Szakmai Grémium elnökének javaslatát figyelembe véve:**

- a) módosítás nélkül jóváhagyom
- b) módosításokkal jóváhagyom

dátum: \_\_\_\_\_

---

szakorvosképzésért felelős  
dékánhelyettes