

TÜDŐGYÓGYÁSZAT

22/2012. (IX.14.) EMMI RENDELET SZERINTI 24 HÓ TÖRZSKÉPZÉS EGYÉNI MUNKATERVE

KÉRJÜK OLVASHATÓAN KITÖLTENI!

KEZDÉS: _____

Szakorvosjelölt neve: _____ **pecsét száma:** _____

Értesítési címe: _____ **telefon:** _____

E-mail címe: _____

Munkahelye: _____

Vezető mentor neve: _____

(az illetékes szakmai grémium elnöke jelöli ki)

Mentor munkahelye: _____

Szakképzésre vonatkozó adatok:

A képzési idők a szabadság időtartamát nem foglalják magukba!

1. 6 hónap sürgősségi gyakorlat, benne:

1,5 hónap gyakorlat intenzív terápiás osztályon: időpontja: _____ - _____

Szakképző helyé minősített munkahely igen / nem (aláhúzással kérjük jelölni)

Nem válasz esetén kijelölt akkreditált képzőhely: _____

**3 hónap gyakorlat II. v. III. progresszivitási szintű egyetemi vagy
oktató kórházi sürgősségi betegellátó osztályon:** időpontja: _____ - _____

Szakképző helyé minősített munkahely igen / nem (aláhúzással kérjük jelölni)

Nem válasz esetén kijelölt akkreditált képzőhely: _____

1 hónap OMSZ mentőgyakorlat: időpontja: _____ - _____

Szakképző helyé minősített munkahely igen / nem (aláhúzással kérjük jelölni)

Nem válasz esetén kijelölt akkreditált képzőhely: _____

2 hét transfúziós tanfolyam: időpontja: _____ - _____

2. **1 hónap törzsképzési tanfolyam:** időpontja: _____ - _____

3. **3 hónap gasztroenterológiai gyakorlat:** időpontja: _____ - _____

Szakképző helyé minősített munkahely igen / nem (aláhúzással kérjük jelölni)

Nem válasz esetén kijelölt akkreditált képzőhely: _____

4. **2 hónap kardiológiai gyakorlat:** időpontja: _____ - _____

Szakképző helyé minősített munkahely igen / nem (aláhúzással kérjük jelölni)

Nem válasz esetén kijelölt akkreditált képzőhely: _____

5. **12 hónap tüdőgyógyászat gyakorlat:** időpontja: _____ - _____

Szakképző helyé minősített munkahely igen / nem (aláhúzással kérjük jelölni)

Nem válasz esetén kijelölt akkreditált képzőhely: _____

dátum: _____

munkahelyi vezető
Ph.

szakorvosjelölt

A Semmelweis Egyetem ÁOK döntése

A javaslatot: a.) módosítás nélkül
 b.) módosításokkal jóváhagyom

dátum: _____

dátum: _____

a sürgősségi grémium elnöke

a grémium elnöke

A képzési tervet: a.) módosítás nélkül
 b.) módosításokkal jóváhagyom

dátum: _____

szakképzésért felelős dékánhelyettes

A gyakorlati beosztást a módosításokkal tudomásul veszem:

dátum: _____

szakorvosjelölt