

# GERIÁTRIAI SZAKKÉPZÉS

## EGYÉNI MUNKATERVE

### I. ÉV

**KEZDÉS:** \_\_\_\_\_

**Rezidens neve:** \_\_\_\_\_

**Értesítési címe:** \_\_\_\_\_ **telefon:** \_\_\_\_\_

**E-mail címe:** \_\_\_\_\_

**Munkahelye:** \_\_\_\_\_

**Vezető mentor neve:** \_\_\_\_\_

**Munkahelye:** \_\_\_\_\_

### **Szakképzésre vonatkozó adatok:**

A gyakorlatok sorrendjét számozással kérjük megjelölni!

#### **6 hónap belgyógyászati törzsképzési gyakorlat: (általános belgyógyászati osztályon)**

Munkahely szakképzőhellyé minősített:  igen  nem Kijelölt képzőhely: \_\_\_\_\_

#### **6 hónap belgyógyászati típusú sürgősségi gyakorlat:**

Munkahely szakképzőhellyé minősített:  igen  nem Kijelölt képzőhely: \_\_\_\_\_

**II. ÉV**

**KEZDÉS:** \_\_\_\_\_

**12 hónap belgyógyászati alapgyakorlat:**

**6 hónap kardiológiai súlypontú osztályon:**

Munkahely szakképzőhelyé minősített:  igen  nem Kijelölt képzőhely: \_\_\_\_\_

**6 hónap gasztroenterológiai súlypontú osztályon:**

Munkahely szakképzőhelyé minősített:  igen  nem Kijelölt képzőhely: \_\_\_\_\_

**A törzsképzési, valamint transfúziós tanfolyamra, - a minimum 3 hónapos törzsképzési gyakorlat alatt, - a beosztást a Dékáni Hivatal végzi.**

dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
munkahelyi vezető  
Ph.

\_\_\_\_\_  
szakorvosjelölt

**A grémium döntése**

a.) módosítás nélkül

**A javaslatot:**

b.) módosításokkal jóváhagyom

dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
a grémium elnöke

**A gyakorlati beosztást a módosításokkal tudomásul veszem:**

dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
szakorvosjelölt