

# SEMMEIWEIS EGYETEM SZAK- ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI KÖZPONT

## JELENTKEZÉSI LAP

a 23/2012. (IX.14.) EMMI rendelet alapján

radiológia, vagy neurológia, vagy idegsebészet szakképesítéssel, vagy kardiológia szakképesítéssel és legalább 2 éves önálló intervenciós kardiológiai tapasztalat rendelkező szakorvosok részére

## NEUROINTERVENCIÓ

licenc képzésre

*Licenc típusa: beavatkozási*

**Benyújtandó:** *1 eredeti példányban*

### 1. A jelentkező személyes adatai

Jelentkező neve: ..... Pecsétszáma: .....

Állampolgársága: ..... Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Állandó lakcíme: .....

Értesítési címe: .....

Telefonszáma: ..... e-mail címe: .....

Munkahely megnevezése, címe: .....

.....

Diploma kiállításának kelte, száma, helye: .....

Jogszabályban meghatározott bemeneti szakképesítés megnevezése:

..... ideje: ..... száma: .....

*Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok, és a mellékletként benyújtott dokumentumok a valóságnak megfelelnek.*

Kelt: ....., ..... év, ..... hó, ..... nap

.....  
jelentkező aláírása

## 2. Beszámítás kérése

A licenc képzés megkezdését megelőzően a képzésnek megfelelő szakterületen teljesített gyakorlati időből a licenc képzés teljesítésébe – az egyetem döntésétől függően – legfeljebb a képzési időtartam felének megfelelő időtartamú gyakorlat teljesítése számítható be.

A beszámítani kért gyakorlat teljesítésének helye: .....

A beszámítani kért gyakorlat ideje: .....

Hivatalosan igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. A jelentkező a fenti képzőhelyen és időtartamban a képzésnek megfelelő szakterületen teljesített gyakorlatot.

### **A képzésbe történő beszámítást javaslom.**

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
képzőhely vezetője

képzőhelyi Ph

## 3. Grémium elnök javaslata

A licenc képzés megkezdését megelőzően teljesített gyakorlat beszámítását *(megfelelő rész aláhúzendó)*

..... hónap időtartamban javaslom

nem javaslom

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
grémium elnök aláírása

## 4. Képzési terv

### 15-24\* hó klinikai neurointervenciós képzés akkreditált neurointervenciós gyakorlólóhelyen, amely képzési idő alatt

- a) folyamatos részvétel a képzőhely neurológiai, idegsebészeti és neuro-intenzív osztályos klinikai munkájában
- b) folyamatos részvétel a képzőhely diagnosztikus neuroradiológiai gyakorlatában

helye:	ideje:
helye:	ideje:

\* A képzési idő a jelölt szakképesítése függvényében az alábbiak szerint alakul:

- radiológiai szakképesítés esetén 24 hónap
- radiológiai szakképesítés és intervenciós radiológiai jártassági vizsga birtokában 15 hónap
- radiológiai és ráépített neuroradiológiai szakképesítés birtokában 18 hónap
- idegsebészeti szakképesítés esetén 18 hónap
- neurológiai szakképesítés birtokában 24 hónap
- kardiológiai szakképesítés és intervenciós kardiológiai gyakorlat birtokában 18 hónap

### A képzés és a vizsga szakmai tartalma:

A jártasság megszerzésének elméleti követelményei:

- Mindazok az alapvető neuroanatómiai, neurobiológiai és neuroradiológiai és klinikai idegtudományi ismeretek, amelyek nélkülözhetetlenek a neurointervenció alább felsorolt tevékenységei körében:

- a) a klinikai és képalkotó diagnózis felállítása
  - b) a neurointervenciós beavatkozások biztonságos végzéséhez szükséges idegrendszeri képalkotó vizsgálatok értékelése
  - c) a neurointervenciós beavatkozások indikációja és kontraindikációja
  - d) a beavatkozások végzése
  - e) az esetleges szövődmények kezelése
  - f) a betegek pre- és postoperatív kezelésének, kivizsgálásának és követésének komplex irányítása
- Gyakorlati elvárások között előírt számú és típusú beavatkozás önálló végzése:
- a) diagnosztikus neuroradiológia: 100 neuro-CT és 50 neuro-MR vizsgálat
  - b) klinikai idegtudomány: 25 önállóan vezetett neurológiai vagy idegsebészeti kórrajz megírása, 25 vascularis idegsebészeti műtétben való részvétel asszisztensként vagy megfigyelőként, és 25 intenzív osztályos dekurus neuro-intervenciós vagy idegsebészeti kezelésen átesett vagy neurológiai kórkép miatt kezelt betegről
  - c) neurointervenció:
    - ca) 150 diagnosztikus ún. négy-ér-angiographiás vizsgálat
    - cb) 150 neuro-intervenciós beavatkozás, amelyből legalább 55 önállóan, operatőrként végzett beavatkozás az alábbiak szerint:
      1. 10 koponyaúri aneurysma endovascularis ellátása
      2. 5 intracerebralis arteriovenosus érmalformatio endovascularis kezelése
      3. 15 intervenciós stroke-prevenció és stroke-terápia
      4. 10 fej- és nyakterületi embolizáció
      5. 10 percutan vertebroplasztika

**NYILATKOZAT – SZEMÉLYES ADAT KEZELÉSÉRŐL**

*Kérjük, figyelmesen szíveskedjék elolvasni!*

1.) **Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatlapon általam bejegyzett adatok a valóságnak megfelelnek.**

2.) Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (továbbiakban: általános adatvédelmi rendelet) továbbá az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról rendelkező 2011. évi CXII. törvény (továbbiakban Infotv.) 20. § (1) bekezdése értelmében **ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulásomat adom ahhoz**, hogy a képzésem teljesítése valamint kapcsolattartás érdekében megadott **személyes adataimat**, továbbá az általam benyújtott, valamint a képzés teljesítése során keletkezett személyes adataimat is tartalmazó dokumentumokat **a Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Központja** (az általános adatvédelmi rendelet vonatkozó szakaszai valamint az Infotv. 6. § (5) bekezdésének a) pontja alapján) **kezelje**, adataimat a jogszabályokban előírt és mindazon képzésben részt vevő harmadik személynek továbbítsa, azaz mindazok megismerhessék, akik a licencképzésre vonatkozó mindenkor hatályos rendelkezések alapján részt vesznek a képzés és a képzés során előírt vizsgák megszervezésében, lebonyolításában.

Tudomással bírok arról, hogy a Semmelweis Egyetem adatvédelmi, valamint a közérdekű adatok megismerésére irányuló igények teljesítésének, továbbá a kötelezően közzéteendő adatok nyilvánosságra hozatalának rendjéről szóló E/1/2018. (V.25.) számú határozata (továbbiakban SE adatvédelmi szabályzata) alapján az adatkezelés a képzésben résztvevők képzésének megszervezéséhez, a jogainak gyakorlásához, kötelezettségeinek teljesítéséhez, a kapcsolatfenntartáshoz szükséges adatok nyilvántartására terjed ki.

**Tudomásul veszem, hogy az adatkezelés a licencképzés teljes időtartamára vonatkozik, jogszabály, illetve egyetemi szabályzat eltérő, (hosszabb adatkezelési határidőt meghatározó) rendelkezése hiányában.**

3.) Kijelentem, hogy személyes adataim kezelésével kapcsolatban a **Semmelweis Egyetem Általános Adatvédelmi Tájékoztatójában**, valamint a **2018. október 10-én kelt, az Általános Orvostudományi Karon licencképzésében résztvevők részére készült adatkezelési tájékoztatóban** foglaltakat megismertem és tudomásul vettem.

Tudomással bírok arról, hogy megilletnek az általános adatvédelmi rendelet III. fejezetében rögzített jogok (különös tekintettel a 16-20. cikkben szabályozott helyesbítéshez, elfeledtetéshez, adatkezelés korlátozásához való jog és adathordozhatósághoz való jog, valamint a 21. cikkben rögzített tiltakozáshoz való jog ), valamint az Infotv-ben II/A fejezetében biztosított jogok.

Budapest, .....év.....hó.....nap

.....  
a jelentkező neve nyomtatott nagy betűvel

.....  
a jelentkező aláírása

Orvosi bélyegzőjének olvasható lenyomata:

## Munkahelyi vezető támogató nyilatkozata

A fent jelölt licenc képzésre történő jelentkezését támogatom, felkészülését biztosítom a vonatkozó miniszteri rendelet és utasítások alapján, és javaslom a képzési terv elfogadását.

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
munkahelyi vezető aláírása

munkahelyi Ph.

### **Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Központ Grémiumának véleménye:**

- a.) A fenti licenc képzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
- b.) A fenti licenc képzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
grémium elnök aláírása

**A Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Központ döntése**

A fenti licenc képzési tervet az illetékes Grémium javaslatát figyelembe véve:

- a) módosítás nélkül jóváhagyom
- b) módosításokkal jóváhagyom

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
igazgató

## A D A T L A P

### Az SAP rendszerben új vevő rögzítésének igényléséhez, és a már rögzített vevő adatainak módosításához

SE - Igénylő szervezeti egység	Szak- és Továbbképzési Központ		
Adatlap beküldésének célja: <i>Kérjük a megfelelőt aláhúzni!</i>	<u>Új vevő rögzítése</u>	Adatmódosítás	Módosítandó vevő vevőkódja:

*Felhívjuk a figyelmet arra, hogy kizárólag a teljes mértékben kitöltött, pontos adatokkal ellátott Adatlapok fogadható el!*

VEVŐ ADATAI			
Neve: <i>(maximum 2x35 karakter!)</i>			
Igazolvány/Személyi/Útleveél/Jogosítvány/ Lakcímkártya/ Tartozkodási eng. száma: <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i>			
	Számlázási cím		
Ország:	Magyarország	Irányítószám:	
Település megnevezése:		Út, Utca, tér, házszám, emelet, ajtó	
Cégjegyzékszám:		AHT azonosító:	
Adószáma, EU-s adószáma:		Csoportos adószáma:	
Bankszámlaszám/ Bank megnevezése:			
Számlázás pénzneme:	<u>HUF</u>	EUR	USD
Kommunikáció nyelve: <i>(számla nyelve) Angol nyelv megadása esetén a számla két nyelven nyomtatódik!</i>	<u>Magyar</u>	-	Angol
Tevékenysége jellege <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i>	<u>egészségügyi</u>	nem egészségügyi	egyéb egészségügyi
Fizetési határidő <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i>	azonnali( készpénz)	8 nap	<u>15 nap</u> 30 nap
Vevő kapcsolattartója:			
Vevő elérhetősége:			
E-mail cím elektronikus számlázáshoz:			
		ph.	..... aláírás

**Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!**

Rögzítés dátuma:		Új vevő vevőkódja:	Rögzítő aláírása:
------------------	--	--------------------	-------------------

## CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

**Valamennyi mellékletet 1 példányban kell benyújtani!**

Melléklet megnevezése	
<b>1. Valamennyi jelentkező számára egységesen előírt</b>	
Az eredeti diploma másolata	1 másolat
Bemeneti szakorvosi bizonyítvány	1 másolat
Munkáltató által kiadott munkaviszony-igazolás (munkaidő, munkakör megjelölésével)	1 eredeti
Költségtérítés díjának számlázásához szükséges SAP adatlap *	1 eredeti
*Amennyiben a képzési díjat bármely más gazdálkodó szervezet átvállalja, az adott szervezettől költségátvállalási nyilatkozatot szükséges csatolni	1 eredeti
<b>2. Külföldön diplomát/szakorvosi bizonyítványt szerzett magyar állampolgároknak kiegészítésül előírt (1 + 2)</b>	
Az eredeti diploma/ bemeneti szakorvosi bizonyítvány másolata	1 másolat
Az eredeti diploma/bemeneti szakorvosi bizonyítvány hiteles magyar nyelvű fordítása	1 eredeti
A diploma/bemeneti szakorvosi bizonyítvány honosítására / elismertetésére vonatkozó határozat másolata	1 másolat