**PRIHLÁŠKA na test**

**po ukončení spoločného internistického kmeňa (SIK)**

|  |  |
| --- | --- |
| Špecializačný odbor |  |
| Dátum zaradenia |  |
| Meno, priezvisko, titul |  |
| Rodená |  |
| Dátum, miesto narodenia |  |
| Štátna príslušnosť |  |
| Dátum ukončenia VŠ štúdia |  |
| Adresa trvalého bydliska, PSČ |  |
| Korešpondenčná adresa (ak je iná ako trvalé bydlisko) |  |
| Vaše zdravotnícke zariadenie – aj konkrétne pracovisko |  |
| Telefón, fax, e-mail |  |
| Jazykové znalosti: aktívne |  |
|  pasívne |  |

**Dátum: …........................................................**

 **podpis školenca**

# Vyjadrenie školiteľa (event. garanta) špecializačného odboru, v rámci ktorého sa absolvuje spoločný internistický kmeň (SIK), ktorý týmto potvrdzuje, či sa menovaná/ý môže zúčastniť testu v rámci SIK:

|  |
| --- |
| **Súhlasím – nesúhlasím *\**** |

*\*Nehodiace sa prečiarknite*

**Dátum: ................................................................................**

 **pečiatka a podpis školiteľa (event. garanta)**

**Odporúčaná klinická prax pred absolvovaním testu (povinná prax v rámci SIK)**

|  |  |
| --- | --- |
| štandardné oddelenie vnútorného lekárstva alebo klinika; v prípade, že kmeňovým pracoviskom lekára je vysokošpecializované centrum v odbore kardiológia; angiológia; endokrinológia; diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy; hematológia a transfúziológia, pneumológia a ftizeológia alebo reumatológia, je možné so súhlasom odborného garanta špecializačného štúdia absolvovať 3 mesiace povinnej lôžkovej praxe na tomto pracovisku | **15 mesiacov** |
| jednotka intenzívnej starostlivosti | **2 mesiace** |
| príjmová ambulancia oddelenia vnútorného lekárstva alebo centrálne príjmové oddelenie nemocnice | **2 mesiac** |
| voliteľný internistický odbor (napríklad gastroenterológia, kardiológia, geriatria, pneumológia a ftizeológia, hematológia a transfúziológia, vnútorné lekárstvo) po dohode so školiteľom špecializačného štúdia | **2 mesiace** |
| chirurgické oddelenie | **2 mesiace** |
| oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny | **1 mesiac** |

**Rozpis klinickej praxe**

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko:  |
| Špecializačný odbor:  |
| Dátum zaradenia:  |
| **Uveďte konkrétne pracovisko, kde ste prax absolvovali:** | dátum | počet mesiacov |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dátum: .................................................................................**

 **pečiatka a podpis školiteľa (event. garanta)**

 **po prekontrolovaní uvedenej praxe**

*Prax rozpíšte na základe povinných cirkulácia v rámci spoločného internistického kmeňa.*

*Uvedená prax musí byť zapísaná v indexe odbornosti a v záznamníku zdravotných výkonov. Pri nedostatku miesta na tlačive pripojte prílohu.*

**VÝSLEDOK testu**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno, priezvisko, titul: |  |

|  |
| --- |
| **Absolvoval – Neabsolvoval** |

**Dátum: …........................................................**

 **prof. MUDr. Peter Jarčuška, PhD.**

 **odborný garant zodpovedný**

 **za spoločný internistický kmeň**