**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 interné oddelenie | **12 mesiacov** |
| jednotka intenzívnej starostlivosti | **2 mesiace** |
| príjmová ambulancia interného oddelenia alebo na centrálnom príjmovom oddelení nemocnice | **1 mesiac** |
| voliteľný internistický odbor (vnútorné lekárstvo, gastroenterológia, geriatria, pneumológia a ftizeológia, pracovné lekárstvo a ďalšie) | **2 mesiace** |
| oddelenie infektológie | **1 mesiac** |
| oddelenie klinickej onkológie | **1 mesiac** |
| pracovisko laboratórnej medicíny | **1 mesiac** |
| chirurgické oddelenie | **2 mesiace** |
| neurologické oddelenie | **1 mesiac** |
| 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**