**JELENTKEZÉSI LAP**

# DIABETOLÓGIA

**Háziorvosi alap-szakképesítés esetén: A képzés időtartama: 24 hónap**

Jelentkező neve:

Eü. tevékenység során használt név (az orvosi pecséten található):

Állampolgársága:

Születési hely, év, hó, nap:

Anyja neve:

Lakcím:

Levelezési cím:

Telefon / fax

E-mail:

Orvosi diploma kiállításának kelte, száma, helye:

Orvosi pecsétszám:

Működési nyilvántartás érvényessége:

Munkahely megnevezése:

Munkahely címe:

Munkahelyi beosztása:

Munkahely telefonszáma:

**A licenc bemeneteként használni kívánt szakképesítés:**

„A licenc birtokában végezhető tevékenység gyakorlásának feltétele, hogy a szakorvos a licenc bemeneti követelményeként meghatározott szakképesítés tekintetében érvényes működési nyilvántartással rendelkezzen.” (23/2012 (IX.14) EMMI rendelet)

ideje: száma:

Kelt:……………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

jelentkező aláírása

**A fent jelölt licenc képzésre jelentkezését támogatom.**

Kelt:……………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

munkahelyi vezető aláírása, intézmény pecsétje

**EGYÉNI KÉPZÉSI TERV**

**Letöltendő gyakorlatok:**

A 24 hónapot rendszeres cukorbeteg-ellátó tevékenységgel kell eltölteni!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gyakorlat megnevezése:** | **Helye:** | **Ideje:** | **Tutor neve** |
| 3 hónap diabetológiai profilú, szakambulanciát is működtető belgyógyászati fekvőbeteg-osztályon |  |  |  |
| 1 hónap diabetológiai profilú, szakambulanciát is működtető gyermekgyógyászati fekvőbeteg-osztályon |  |  |  |
| 6 hét gyakorlat felnőtt diabetes gondozóhelyen (járóbeteg-ellátásban) |  |  |  |
| 6 hét gyakorlat gyermek-diabetes gondozóhelyen (járóbeteg-ellátásban) |  |  |  |
| 2 hét gyakorlat diabeteses krízisállapot-kezelést folytató osztályon |  |  |  |
| 2 hét gyakorlat diabeteses nefrológiai ellátást folytató osztályon |  |  |  |
| 2 hét diabeteses terhes-gondozást végző osztályon |  |  |  |
| 1 hét gyakorlat diabeteses szemészeti gondozást végző részlegen |  |  |  |
| 16 hónap rendszeres cukorbeteg-ellátó tevékenység |  |  |  |

**Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei** (melyről igazolás csatolása szükséges)

**A képzési idő során továbbképzési pontok megszerzése az alábbi tevékenységek révén:**

1. diabetológiai tárgyú, legalább 10 szabadon választható elméleti továbbképzési pont megszerzését biztosító továbbképzésen való részvétel, illetve előadás tartása vagy

2. tudományos tevékenység keretében:

*a)* diabetológiai témájú PhD,

*b)* lektorált szaklapban megjelent diabetológiai tárgyú közlemény vagy

*c)* nemzetközi kongresszuson tartott diabetológiai tárgyú előadás, poszter

Kelt:……………………………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

jelentkező aláírása

1. A fenti szakképzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
2. A fenti szakképzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Kelt:……………………………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | licencvezető |

A szakképzési tervet tudomásul vettem, teljesítését támogatom.

…………………………………………………………………………….

munkahelyi vezető