**JELENTKEZÉSI LAP**

# PALLIATÍV ORVOSLÁS

**A képzés időtartama: 12 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

**Licencképzés kezdete:**

**Elméleti képzés (80 óra):**

|  |
| --- |
| **Tantárgy megnevezése:** |
| palliatív ellátás alapjai, szemlélet, gyakorlat, ellátási formák; onkológia alapjai, végállapotú onkológiai betegek ellátása; a végállapotú máj-, vese-, tüdő- és szívbetegek ellátása; a végállapotú neurológiai, neurodegeneratív betegek ellátása; gyógyszertani ismeretek; fájdalomcsillapítás, speciális fájdalomformák; neurológia alapjai, neurológiai tünetek; légúti tünetek; kardiológiai tünetek; gastrointestinalis tünetek; urológiai tünetek; nőgyógyászati tünetek; pszichiátriai tünetek; bőrtünetek;paraneoplasztikus szindrómák; agonális időszak; sürgősségi ellátás; kommunikáció beteggel, családdal; etikai ismeretek; normál, komplikált gyász; pszichoszociális támogatás; spiritualitás vallási, kulturális szempontok; szervezéstani alapismeretek; team munka, kiégés megelőzése |
| Helye: |
| Ideje: |
| Tutor neve: |

**Letöltendő gyakorlatok (11.5 hónap):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gyakorlat megnevezése:** | **Helye:** | **Ideje:** | **Tutor neve:** |
| 3 hó gyakorlat hospice bennfekvő részlegben |  |  |  |
| 1 hó hospice otthoni ellátásban való részvétel |  |  |  |
| 2 hó onkológiai gyakorlat |  |  |  |
| 6 hét belgyógyászati gyakorlat |  |  |  |
| 2 hét sebészeti gyakorlat |  |  |  |
| 1 hó aneszteziológiai gyakorlat, fájdalomambulancián |  |  |  |
| 1 hó neurológiai gyakorlat |  |  |  |
| 2 hét pszichiátriai gyakorlat |  |  |  |
| 2 hét urológiai gyakorlat |  |  |  |
| 2 hét fül-orr-gégészeti gyakorlat |  |  |  |

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

1. az elméleti képzés lezárása vizsgával

2. gyermekhospice ellátó egységben tett szakmai látogatás

3. négy önálló eset feldolgozása, ismertetése

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 képzési tervet tudomásul vettem, teljesítését támogatom.

 …………………………………………………………………..

 munkahelyi vezető