**PRIHLÁŠKA na pohovor**

**po ukončení spoločného chirurgického kmeňa (SCHK)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

**Odporúčaná klinická prax pred absolvovaním pohovoru**

**(povinná prax v rámci SCHK)**

|  |  |
| --- | --- |
| anestéziológia a intenzívna medicína | **2 mesiace** |
| bežná ambulantná a lôžková časť chirurgie | **12 mesiacov** |
| gynekológia a pôrodníctvo | **2 mesiace** |
| úrazová chirurgia | **3 mesiace** |
| urológia | **1 mesiac** |
| plastická chirurgia | **1 mesiac** |
| neurochirurgia | **1 mesiac** |
| vnútorné lekárstvo | **2 mesiace** |

**Rozpis klinickej praxe**

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko:  |
| Špecializačný odbor:  |
| Dátum zaradenia:  |
| Oddelenie (konkrétne pracovisko) | dátum | počet mesiacov |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 **pečiatka a podpis školiteľa**

*Prax rozpíšte na základe povinných cirkulácií v rámci spoločného chirurgického kmeňa.*

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

# Vyjadrenie školiteľa (event. garanta) špecializačného odboru, v rámci ktorého sa absolvuje spoločný chirurgický kmeň:

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

*\*Nehodiace sa prečiarknite*

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

 **pečiatka a podpis**

**VÝSLEDOK testu**

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

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

 **prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc., MPH**

 **zodpovedný za spoločný chirurgický kmeň**