



**PRIHLÁŠKA na pohovor**  
po ukončení spoločného chirurgického kmeňa (SCHK)  
v rámci špecializačného odboru cievna chirurgia

Špecializačný odbor	cievna chirurgia
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), ktorý týmto potvrdzuje, či sa menovaný/á môže zúčastniť pohovoru v rámci SCHK:

Súhlasím – nesúhlasím \*

*\*Nehodiace sa prečiarknite*

Dátum:

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



Odporúčaná klinická prax pred absolvovaním testu  
(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: <b>cievna chirurgia</b>			
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 rozpíšite na základe povinných cirkulácií v rámci spoločného chirurgického kmeňa.  
Uvedená prax musí byť zapísaná v indexe odbornosti a v záznamníku zdravotných výkonov.  
Pri nedostatku miesta na tlačive pripojte prílohu.*



VÝSLEDOK pohovoru

Meno, priezvisko, titul:

**Absolvoval**

–

**Neabsolvoval**

Dátum:

.....  
prof. MUDr. Mária Frankovičová, PhD.  
odborný garant špecializačného odboru  
cievna chirurgia