

Wykaz specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych

Wykaz specjalności lekarskich w podstawowych dziedzinach medycyny:

1. Anestezjologia i intensywne terapie
2. Audiologia i foniatryka
3. Chirurgia dziecięca
4. Chirurgia klatki piersiowej
5. Chirurgia ogólna
6. Chirurgia szczękowo-twarzowa
7. Choroby wewnętrzne
8. Choroby zakaźne
9. Dermatologia i wenerologia
10. Diagnostyka laboratoryjna
11. Epidemiologia
12. Genetyka kliniczna
13. Kardiochirurgia
14. Medycyna nuklearna
15. Medycyna pracy
16. Medycyna ratunkowa
17. Medycyna rodzinna
18. Medycyna sądowa
19. Medycyna transportu
20. Mikrobiologia lekarska
21. Neonatologia
22. Neurochirurgia
23. Neurologia
24. Okulistyka
25. Onkologia kliniczna
26. Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
27. Otorinolaryngologia
28. Patomorfologia
29. Pediatria
30. Położnictwo i ginekologia
31. Psychiatria
32. Psychiatria dzieci i młodzieży
33. Radiologia i diagnostyka obrazowa
34. Radioterapia onkologiczna
35. Rehabilitacja medyczna
36. Urologia
37. Zdrowie publiczne.

Wykaz specjalności lekarskich w szczegółowych dziedzinach medycyny:

1. Alergologia
2. Angiologia
3. Balneologia i medycyna fizykalna
4. Chirurgia naczyniowa
5. Chirurgia onkologiczna
6. Chirurgia plastyczna
7. Choroby płuc
8. Diabetologia
9. Endokrynologia
10. Farmakologia kliniczna
11. Gastroenterologia
12. Geriatria
13. Ginekologia onkologiczna
14. Hematologia
15. Hipertensjologia
16. Immunologia kliniczna
17. Kardiologia
18. Kardiologia dziecięca
19. Medycyna paliatywna
20. Medycyna sportowa
21. Nefrologia
22. Neurologia dziecięca
23. Neuropatologia
24. Onkologia i hematologia dziecięca
25. Otorinolaryngologia dziecięca
26. Reumatologia
27. Seksuologia
28. Toksykologia kliniczna
29. Transfuzjologia kliniczna
30. Transplantologia kliniczna
31. Urologia dziecięca.

Wykaz specjalności lekarsko-dentystycznych w podstawowych dziedzinach medycyny:

1. Chirurgia stomatologiczna
2. Chirurgia szczękowo-twarzowa
3. Ortodoncja
4. Periodontologia
5. Protetyka stomatologiczna
6. Stomatologia dziecięca
7. Stomatologia zachowawcza z endodoncją
8. Zdrowie publiczne
9. Epidemiologia

Specjalności, w których lekarz posiadający odpowiednią specjalizację I lub I i II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny może uzyskać tytuł specjalisty w określonej podstawowej dziedzinie medycyny po odbyciu specjalizacji

Lp.	Specjalności w podstawowych dziedzinach medycyny, w których można uzyskać tytuł specjalisty	Specjalności, w których lekarz posiada specjalizację I stopnia	Specjalności, w których lekarz posiada specjalizację I i II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny
1.	Anestezjologia i intensywne terapia	Anestezjologia i intensywne terapia	
2.	Audiologia i foniatria	Otolaryngologia	Otolaryngologia I stopnia i Audiologia II stopnia Otolaryngologia I stopnia i Foniatria II stopnia Otolaryngologia I i II Otorinolaryngologia
3.	Chirurgia dziecięca	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
4.	Chirurgia klatki piersiowej	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna
5.	Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca
6.	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Chirurgia stomatologiczna Otolaryngologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Chirurgia stomatologiczna Otolaryngologia
7.	Choroby wewnętrzne	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Transfuzjologia	Choroby płuc Transfuzjologia
8.	Choroby zakaźne	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Medycyna ogólna Pediatria	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria
9.	Dermatologia i wenerologia	Dermatologia i wenerologia	
10.	Diagnostyka laboratoryjna	Analityka kliniczna Diagnostyka laboratoryjna Farmakologia Toksykologia	Farmakologia Toksykologia
11.	Epidemiologia	Wszystkie specjalności	Wszystkie specjalności
12.	Genetyka kliniczna	Neurologia Pediatria Położnictwo i ginekologia	Neurologia Neurologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia

13.	Kardiochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna
14.	Medycyna nuklearna	Choroby wewnętrzne Medycyna nuklearna Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
15.	Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne Medycyna lotnicza Medycyna ogólna Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne Medycyna lotnicza Medycyna ogólna
16.	Medycyna ratunkowa	Anestezjologia i intensywne terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Ortopedia i traumatologia Pediatria	Anestezjologia i intensywne terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Ortopedia i traumatologia Pediatria
17.	Medycyna rodzinna	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria Położnictwo i ginekologia	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria Położnictwo i ginekologia
18.	Medycyna sądowa	Medycyna sądowa	
19.	Medycyna transportu	Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Medycyna ratunkowa	Choroby wewnętrzne Medycyna lotnicza Medycyna morska i tropikalna Medycyna pracy
20.	Mikrobiologia lekarska	Mikrobiologia	
21.	Neonatologia	Pediatria	Pediatria
22.	Neurochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Neurochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna
23.	Neurologia	Choroby wewnętrzne Neurologia Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
24.	Okulistyka	Okulistyka	
25.	Onkologia kliniczna	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria Radioterapia onkologiczna	Chemioterapia nowotworów Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria Radioterapia onkologiczna
26.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Ortopedia i traumatologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna

27.	Otorynolaryngologia	Otolaryngologia	
28.	Patomorfologia	Patomorfologia	
29.	Pediatria	Pediatria	Neurologia dziecięca
30.	Położnictwo i ginekologia	Położnictwo i ginekologia	
31.	Psychiatria	Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	
32.	Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria	
33.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Radiodiagnostyka	
34.	Radioterapia onkologiczna	Radioterapia onkologiczna	
35.	Rehabilitacja medyczna	Choroby wewnętrzne Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Medycyna ogólna Medycyna pracy Neurologia Ortopedia i traumatologia Pediatria Rehabilitacja ogólna Rehabilitacja medyczna	Choroby wewnętrzne Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Medycyna ogólna Medycyna pracy Neurologia Ortopedia i traumatologia Pediatria
36.	Urologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna
37.	Zdrowie publiczne	Choroby zakaźne Higiena i epidemiologia Medycyna społeczna Organizacja pomocy społecznej	Choroby zakaźne Epidemiologia Organizacja ochrony zdrowia
38.	Chirurgia stomatologiczna	Chirurgia stomatologiczna	Wszystkie specjalności w zakresie stomatologii
39.	Ortodoncja	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalności w zakresie stomatologii
40.	Periodontologia	Stomatologia ogólna Chirurgia stomatologiczna	Wszystkie specjalności w zakresie stomatologii
41.	Protetyka stomatologiczna	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalności w zakresie stomatologii
42.	Stomatologia dziecięca	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalności w zakresie stomatologii
43.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalności w zakresie stomatologii

Specjalności, w których lekarz posiadający odpowiednią specjalizację II stopnia lub specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej albo posiadający tytuł specjalisty w odpowiedniej podstawowej dziedzinie medycyny może uzyskać tytuł specjalisty w określonej szczegółowej dziedzinie medycyny

l.p.	Specjalności w szczegółowych dziedzinach medycyny, w których lekarz może uzyskać tytuł specjalisty	Specjalności, w których lekarz posiada tytuł specjalisty w określonej podstawowej dziedzinie medycyny	Specjalności, w których lekarz posiada odpowiednią specjalizację II stopnia lub specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej
1.	Alergologia	Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Otolaryngologia Pediatria	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Pediatria
2.	Angiologia	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne
3.	Balneologia i medycyna fizykalna	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby płuc Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Neurologia Neurochirurgia Okulistyka Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otolaryngologia Pediatria Położnictwo i ginekologia Rehabilitacja medyczna Urologia	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby płuc Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Medycyna rodzinna Medycyna ogólna Neurologia Neurologia dziecięca Neurochirurgia Okulistyka Ortopedia i traumatologia Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia Rehabilitacja medyczna Reumatologia Reumatologia dziecięca Urologia
4.	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
5.	Chirurgia onkologiczna	Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca	Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca
6.	Chirurgia plastyczna	Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca	Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca
7.	Choroby płuc	Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne

		Pediatria	Pediatria
8.	Diabetologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
9.	Endokrynologia	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Pediatria Położnictwo i ginekologia	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Pediatria Położnictwo i ginekologia
10.	Farmakologia kliniczna	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Neurologia Onkologia kliniczna Pediatria Położnictwo i ginekologia Psychiatria	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chemioterapia nowotworów Choroby wewnętrzne Choroby płuc Choroby zakaźne Farmakologia Neurologia Neurologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży
11.	Gastroenterologia	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Pediatria	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Pediatria
12.	Geriatrya	Choroby wewnętrzne Medycyna rodzinna Neurologia	Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Medycyna rodzinna Neurologia
13.	Ginekologia onkologiczna	Położnictwo i ginekologia	Położnictwo i ginekologia
14.	Hematologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
15.	Hipertensjologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
16.	Immunologia kliniczna	Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Diagnostyka laboratoryjna Onkologia kliniczna Patomorfologia Pediatria Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna	Chemioterapia nowotworów Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Choroby płuc Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Diagnostyka laboratoryjna Patomorfologia Pediatria Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna
17.	Kardiologia	Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne
18.	Kardiologia dziecięca	Pediatria	Pediatria
19.	Medycyna paliatywna	Anestezjologia i	Anestezjologia i intensywna

		<p>intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia szczękowo- twarzowa Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Medycyna nuklearna Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Neurochirurgia Neurologia Okulistyka Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otorynolaryngologia Pediatria Położnictwo i ginekologia Psychiatria Radioterapia onkologiczna Rehabilitacja medyczna Urologia Urologia dziecięca</p>	<p>terapia Balneologia i medycyna fizykalna Chirurgia ogólna Chirurgia onkologiczna Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia szczękowa Choroby płuc Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Farmakologia kliniczna Geriatrya Ginekologia onkologiczna Medycyna ogólna Medycyna pracy Medycyna rodzinna Neurochirurgia Neurologia Neurologia dziecięca Okulistyka Onkologia i hematologia dziecięca Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży Radioterapia onkologiczna Rehabilitacja medyczna Reumatologia Reumatologia dziecięca Transfuzjologii kliniczna Urologia</p>
20.	Medycyna sportowa	<p>Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Pediatria Rehabilitacja medyczna</p>	<p>Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Ortopedia i traumatologia Pediatria Rehabilitacja medyczna</p>
21.	Nefrologia	<p>Choroby wewnętrzne Pediatria</p>	<p>Choroby wewnętrzne Pediatria</p>
22.	Neurologia dziecięca	Pediatria, Neurologia	Pediatria, Neurologia

23.	Neuropatologia	Neurochirurgia Neurologia Patomorfologia	Neurochirurgia Neurologia Patomorfologia
24.	Onkologia i hematologia dziecięca	Pediatrya	Pediatrya
25.	Otorynolaryngologia dziecięca	Otorynolaryngologia	Otolaryngologia
26.	Reumatologia	Choroby wewnętrzne Pediatrya	Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatrya Reumatologia dziecięca
27.	Seksuologia	Choroby wewnętrzne Położnictwo i ginekologia Psychiatria	Choroby wewnętrzne Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży
28.	Toksykologia kliniczna	Anestezjologia i intensywna terapia Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Pediatrya	Anestezjologia i intensywna terapia Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Pediatrya Toksykologia
29.	Transfuzjologii kliniczna	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Mikrobiologia lekarska Neurochirurgia Neurologia Okulistyka Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia Otolaryngologia Pediatrya Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna Urologia	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Mikrobiologia lekarska Neurochirurgia Neurologia Okulistyka Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Pediatrya Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna Urologia
30.	Transplantologia kliniczna	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna

		Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Kardiochirurgia Pediatria Urologia	Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Pediatria Urologia
31.	Urologia dziecięca	Chirurgia dziecięca Urologia	Chirurgia dziecięca Urologia

WZÓR
WNIOSEK
O ROZPOCZĘCIE SPECJALIZACJI
w dziedzinie

WOJEWÓDZKIE CENTRUM
ZDROWIA PUBLICZNEGO
w

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Tytuł zawodowy
3. Obywatelstwo
4. Numer PESEL i miejsce urodzenia
5. Miejsce stałego zameldowania
6. Adres do korespondencji, telefon
7. Staż podyplomowy/praktyka przygotowawcza lekarsko-
dentystyczna zakończona w dniu.....
8. Egzamin państwowy kończący staż podyplomowy złożony w
dniu
ocena
9. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty nr
..... wydane przez w dniu
numer seryjny dokumentu
10. Członek okręgowej/wojskowej izby lekarskiej w
nr rejestracyjny
11. Miejsce wykonywania zawodu
-
(nazwa jednostki organizacyjnej /oddział, przychodnia/, adres, stanowisko)
12. Miejsce odbywania studiów doktoranckich
-
(podmiot prowadzący, adres)
-
(temat pracy)
-
(w ramach stypendium, urlopu szkoleniowego, urlopu
bezpłatnego)
13. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej
-
-
14. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data i nr dyplomu,
podmiot wydający).....
-
-
15. Posiadany stopień naukowy:
- nadany przez w dniu
- tytuł pracy doktorskiej, habilitacyjnej

.....
16. Przynależność do medycznych towarzystw naukowych (nazwa towarzystwa naukowego, od kiedy - rok)
.....
.....

17. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu)

18. Wnioskuje o odbywanie specjalizacji:

- 1) na podstawie umowy o pracę, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację, na czas określony w celu doskonalenia zawodowego obejmującego realizację programu specjalizacji (rezydentura),*
- 2) w ramach umowy o pracę zawartej na czas *nieokreślony *określony okresem trwania specjalizacji z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację, *
- 3) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego przez pracodawcę na czas trwania specjalizacji, *
- 4) w ramach poszerzenia o program specjalizacji zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich prowadzonych przez uprawniony podmiot, w którego skład wchodzi komórka organizacyjna prowadząca specjalizację*; oraz udzielonego *urlopu szkoleniowego/*urlopu bezpłatnego przez pracodawcę, *
- 5) w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony z jednostką organizacyjną nieuprawnioną do prowadzenia specjalizacji i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych przez pracodawcę na czas niezbędny do zrealizowania części programu specjalizacji w jednostce organizacyjnej prowadzącej specjalizację lub prowadzącej staż kierunkowy, *
- 6) w ramach umowy cywilnoprawnej. *

* Niepotrzebne skreślić.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć wnioskującego)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Ad 1) Zobowiązuję się do rozpoczęcia, odbywania i ukończenia specjalizacji w dziedzinie w ramach rezydentury, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(data) (podpis i pieczęć wnioskującego)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

Ad 2) Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie

przez Pana/Panią w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony/określony okresem trwania specjalizacji zawartej z ww. przez

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

.....
(data) (podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

Ad 3) Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie przez Pana/Panią
w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego na okres trwania specjalizacji

.....
(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

.....
(data) (podpis i pieczęć kierownika)

WYPEŁNIA PODMIOT PROWADZĄCY STUDIA DOKTORANCKIE LUB JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

Ad 4) Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie przez Pana/Panią
w ramach poszerzenia o program specjalizacji zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich odbywanych przez ww. w okresie od do

w
.....

(nazwa podmiotu prowadzącego studium doktoranckie)

.....
(data) (podpis i pieczęć kierownika studium doktoranckiego)

Wyrażam zgodę na udzielenie urlopu szkoleniowego/bezpłatne Panu/Pani
..... w celu odbywania specjalizacji w dziedzinie w ramach odbywanych studiów doktoranckich

(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

.....
(data) (podpis i pieczęć kierownika)

Ad 5) Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie przez Pana/Panią
w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z ww. przez

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza) oraz płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych ww. zgodnie z programem specjalizacji, na wniosek kierownika specjalizacji

(data) (podpis i pieczęć kierownika
jednostki organizacyjnej)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA PROWADZĄCA SPECJALIZACJĘ

.....
(nazwa jednostki) (nazwa komórki prowadzącej
specjalizację)
wstępnie akceptuję odbywanie specjalizacji w ramach wolnych miejsc
szkoleniowych przez Pana/Panią

.....
(podpis i pieczęć kierownika komórki
organizacyjnej) (podpis i pieczęć kierownika
jednostki organizacyjnej)

WYPEŁNIA WOJEWÓDZKIE CENTRUM ZDROWIA PUBLICZNEGO
ADNOTACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

W wyniku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w
okresie Pan/Pani
uzyskał liczbę punktów
stanowiącą % ogólnej możliwej do uzyskania liczby punktów
i został/nie został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji
w dziedzinie w trybie

.....
(data) (podpis i pieczęć kierownika)

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA SPECJALIZACJI

Nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
odbywających specjalizację na obszarze województwa
Pan/Pani został skierowany do odbywania specjalizacji w ramach
wolnych miejsc szkoleniowych do

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej
prowadzącej specjalizację)
w dniu

.....
(podpis i pieczęć kierownika)
Pan/Pani odbył specjalizację w okresie od do
w

(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki
organizacyjnej prowadzącej specjalizację)
pod kierunkiem
(imię i nazwisko, specjalizacja i stanowisko
kierownika specjalizacji)

Okres przedłużenia specjalizacji od do

POTWIERDZENIE ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI w dniu

Egzamin państwowy złożony w dniu

.....
(podpis i pieczęć kierownika)

ADNOTACJE O SKREŚLENIU Z REJESTRU LEKARZY I LEKARZY
DENTYSTÓW ODBYWAJĄCYCH SPECJALIZACJĘ NA OBSZARZE
WOJEWÓDZTWA

Pan/Pani wpisany/a do rejestru pod numerem
został skreślony z rejestru lekarzy odbywających specjalizację
na obszarze województwa w dniu

.....
(przyczyna skreślenia)

.....
(podpis i pieczęć kierownika)

WZÓR

WNIOSEK DO MINISTRA ZDROWIA
O WYRAŻENIE ZGODY NA ROZPOCZĘCIE SPECJALIZACJI
W DZIEDZINIE

.....
.....
.....
(nazwa organu wydającego zgodę
na odbywanie specjalizacji)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Tytuł zawodowy
3. Obywatelstwo Pochodzenie
4. Data i miejsce urodzenia
5. Kraj stałego zamieszkania
6. Seria i numer paszportu
7. Nr karty czasowego pobytu
wydanej przez
dnia
8. Dokładny adres zamieszkania na obszarze Rzeczypospolitej
Polskiej
- telefon w miejscu pracy
telefon w miejscu pobytu
9. Nazwa, data i nr dyplomu
10. Numer i data otrzymania zaświadczenia o uznaniu dyplomu za
równoważny z dyplomem ukończenia wyższej uczelni medycznej
na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej
..... wydanego przez
11. Data ukończenia stażu podyplomowego
12. Data decyzji w sprawie uznania stażu odbytego za granicą
.....
13. Data egzaminu państwowego kończącego staż podyplomowy
.....
ocena
14. Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza
dentysty nr.....
wydane przez
dnia
15. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty
nr
wydane przez dnia
16. Członek okręgowej/wojskowej izby lekarskiej w
nr rejestracyjny
17. Miejsce odbywania studiów doktoranckich
.....

(podmiot prowadzący, adres)

.....
(temat pracy)

.....
(na warunkach stypendialnych,
na warunkach odpłatności dewizowej,
bez świadczeń)

18. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data i nr
dyplomu, podmiot wydający)

.....
19. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej

.....
20. Uzasadnienie wniosku

.....
21. Sposób odbywania specjalizacji:

- na warunkach stypendialnych*
- na warunkach odpłatności dewizowej*
- bez świadczeń*

* Niepotrzebne skreślić.

.....
(data) (podpis i pieczęć wnioskującego)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA PROWADZĄCA SPECJALIZACJĘ

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROWADZENIE SPECJALIZACJI
PRZEZ PANA/PANIĄ

(imię i nazwisko)

w dziedzinie od dnia

w ramach posiadanych wolnych miejsc szkoleniowych:

- na warunkach stypendialnych*
- na warunkach odpłatności dewizowej*
- bez świadczeń*

w

(nazwa jednostki)

w

(nazwa komórki organizacyjnej)

* Niepotrzebne skreślić.

.....
(podpis i pieczęć (podpis i pieczęć
kierownika komórki kierownika jednostki
organizacyjnej) organizacyjnej)

WYPEŁNIA ORGAN WYDAJĄCY ZGODĘ NA ODBYWANIE SPECJALIZACJI

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZAKWALIFIKOWANIA DO ODBYWANIA SPECJALIZACJI

Pan/Pani został
zakwalifikowany/nie został zakwalifikowany do odbywania
specjalizacji w dziedzinie
na warunkach
decyzją Ministra
nr z dnia

.....
(data) (podpis osoby upoważnionej)

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA SPECJALIZACJI

Pan/Pani
odbył specjalizację w okresie od do
w
.....
(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej
prowadzącej specjalizację)
pod kierunkiem
.....
(imię i nazwisko, specjalizacja i stanowisko kierownika
specjalizacji)
Okres przedłużenia specjalizacji od do

POTWIERDZENIE ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI w dniu
Egzamin państwowy złożony w dniu

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

ADNOTACJE O SKREŚLENIU Z REJESTRU LEKARZY I LEKARZY
DENTYSTÓW ODBYWAJĄCYCH SPECJALIZACJĘ NA OBSZARZE
WOJEWÓDZTWA

Pan/Pani wpisany/a do rejestru pod numerem został
skreślony z rejestru lekarzy odbywających specjalizację na
obszarze województwa.....
w dniu

.....
(przyczyna skreślenia)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

.....
11. Data rozpoczęcia specjalizacji

.....
(podpis i pieczętka (podpis i pieczętka kierownika
kierownika specjalizacji) jednostki organizacyjnej
 prowadzącej specjalizację)

12. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania specjalizacji do
dnia

przyczyna przedłużenia

.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczętka (podpis i pieczętka kierownika
kierownika specjalizacji) jednostki organizacyjnej
 prowadzącej specjalizację)

UWAGI

REALIZACJA PROGRAMU SPECJALIZACJI

I ROK SZKOLENIA

1. Kurs wprowadzający

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

3. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj

.....
w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji - w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

II ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
.....
nazwa komórki organizacyjnej
.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
.....
nazwa komórki organizacyjnej
.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie
okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....ocena.....

.....

(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji - w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

III ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie
- okres
- nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
-
- nazwa komórki organizacyjnej
-
- potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
- ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- 3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

- 4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....
w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji - w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

- 5. Dyżury medyczne

rodzaj komórki organizacyjnej

liczba dyżurów

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

- 6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
.....
.....

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

IV ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji - w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie

specjalizacji:

.....
.....
.....

.....
.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

V ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie
zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
.....

nazwa komórki organizacyjnej
.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
.....
nazwa komórki organizacyjnej
.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
.....
nazwa komórki organizacyjnej
.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
..... ocena

.....
(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- 3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

- 4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji - w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

- 5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

VI ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....
temat i nr kursu.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data) (podpis kierownika kursu lub kierownika specjalizacji - na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie
- okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....ocena.....

.....

(data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji - w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

KOŁOKWIUM Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO PRZEPROWADZONEGO NA PODSTAWIE § 5 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia... w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. Nr...poz...).

Podmiot przeprowadzający kolokwium

.....
.....

.....
(ocena)

.....
(data) (podpis przeprowadzającego kolokwium)

JĘZYK OBCY

Podmiot przeprowadzający sprawdzian z języka zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia... w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. Nr...poz...)

.....
.....

Pan/Pani

zaliczył/a sprawdzian w zakresie znajomości języka w stopniu umożliwiającym: rozumienie tekstu pisanego, a w szczególności korzystanie z fachowej literatury i piśmiennictwa lekarskiego, porozumiewanie się z pacjentami, lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, pisanie zgodnie z zasadami ortografii tekstów medycznych, w

WZÓR
INDEKS WYKONANYCH ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH

INDEKS WYKONANYCH
ZABIEGÓW I PROCEDUR
MEDYCZNYCH

Nr/.....r.

INSTRUKCJA

Lekarz/lekarz dentysta odbywający specjalizację wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczy jako asysta, zabiegi i procedury medyczne określone programem specjalizacji lub stażu kierunkowego.

Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać do indeksu według następującego wzoru:

- 1) numer wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację,
- 2) nazwa stażu szkoleniowego,
- 3) kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej: wykonanej z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”, w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”, w których lekarz uczestniczy jako druga asysta – oznaczonych kodem „C”,
- 4) data wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
- 5) miejsce wykonania zabiegu/procedury medycznej,
- 6) wskazania do wykonania zabiegu lub procedury medycznej: planowe/nagle,
- 7) płeć i wiek pacjenta,
- 8) rozpoznanie przedoperacyjne,
- 9) nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną,
- 10) nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta,
- 11) rodzaj znieczulenia,
- 12) nazwa zabiegu lub procedury medycznej,
- 13) rozpoznanie pooperacyjne,
- 14) podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego.

nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów		nazwa stażu szkoleniowego/kierunkowego		
kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej	data	miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej (szpital, oddział)		
płeć M/K pacjenta		wiek pacjenta		tryb nagły/planowy
wskazania				
rozpoznanie przedoperacyjne				
nazwa zabiegu/procedury medycznej				
imię i nazwisko wykonującego zabieg/procedurę medyczną		imię i nazwisko pierwszej asysty		
rodzaj znieczulenia		imię i nazwisko drugiej asysty		
rozpoznanie pooperacyjne				
podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego	strona nr.....			

Nazwa stażu	Nazwa zabiegu lub procedury medycznej wykonanej z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego, określonych programem specjalizacji	Liczba wykonanych zabiegów lub procedur medycznych

WYKAZ KODÓW SPECJALIZACJI W OKREŚLONYCH DZIEDZINACH MEDYCYNY

Kod 0701	Anestezjologia i intensywna terapia
Kod 0702	Chirurgia dziecięca
Kod 0703	Chirurgia ogólna
Kod 0704	Chirurgia szczękowo-twarzowa
Kod 0705	Choroby wewnętrzne
Kod 0706	Choroby zakaźne
Kod 0707	Dermatologia i wenerologia
Kod 0708	Diagnostyka laboratoryjna
Kod 0709	Genetyka kliniczna
Kod 0710	Higiena i epidemiologia/Epidemiologia
Kod 0711	Medycyna pracy
Kod 0712	Medycyna ratunkowa
Kod 0713	Medycyna rodzinna
Kod 0714	Medycyna sądowa
Kod 0715	Medycyna transportu
Kod 0716	Mikrobiologia lekarska
Kod 0717	Neurochirurgia
Kod 0718	Neurologia
Kod 0719	Okulistyka
Kod 0720	Ortopedia i traumatologia
Kod 0721	Otorynolaryngologia
Kod 0722	Patomorfologia
Kod 0723	Pediatriczna
Kod 0724	Położnictwo i ginekologia
Kod 0725	Psychiatria
Kod 0726	Radiologia i diagnostyka obrazowa
Kod 0727	Radioterapia onkologiczna
Kod 0728	Rehabilitacja medyczna
Kod 0729	Urologia
Kod 0730	Zdrowie publiczne
Kod 0731	Alergologia
Kod 0732	Angiologia
Kod 0733	Audiologia i foniatria
Kod 0734	Balneologia i medycyna fizykalna
Kod 0735	Chirurgia klatki piersiowej
Kod 0736	Chirurgia naczyniowa
Kod 0737	Chirurgia onkologiczna
Kod 0738	Chirurgia plastyczna
Kod 0739	Choroby płuc
Kod 0740	Diabetologia
Kod 0741	Endokrynologia
Kod 0742	Farmakologia kliniczna
Kod 0743	Gastroenterologia
Kod 0744	Geriatricska
Kod 0745	Hematologia

Kod 0746	Immunologia kliniczna
Kod 0747	Kardiochirurgia
Kod 0748	Kardiologia
Kod 0749	Medycyna nuklearna
Kod 0750	Medycyna paliatywna
Kod 0751	Medycyna sportowa
Kod 0752	Nefrologia
Kod 0753	Neonatologia
Kod 0754	Onkologia kliniczna
Kod 0755	Onkologia i hematologia dziecięca
Kod 0756	Psychiatria dzieci i młodzieży
Kod 0757	Reumatologia
Kod 0758	Seksuologia
Kod 0759	Toksykologia kliniczna
Kod 0760	Transfuzjologia kliniczna
Kod 0761	Transplantologia kliniczna
Kod 0762	Kardiologia dziecięca
Kod 0763	Neurologia dziecięca
Kod 0781	Chirurgia stomatologiczna
Kod 0782	Ortodoncja
Kod 0783	Periodontologia
Kod 0784	Protetyka stomatologiczna
Kod 0785	Stomatologia dziecięca
Kod 0786	Stomatologia zachowawcza z endodoncją
Kod 0787	Ginekologia onkologiczna
Kod 0788	Hipertensjologia
Kod 0789	Neuropatologia
Kod 0790	Otorynolaryngologia dziecięca
Kod 0791	Urologia dziecięca

WZÓR

WNIOSEK

o uznanie odbytych staży/kursów za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w programie specjalizacji

Na podstawie § 26 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ... 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr ..., poz. ...) wnioskuje o zaliczenie lek.

.....
do stażu specjalizacyjnego w dziedzinieodbywanej w trybie.....na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie.....
niziej wymienionych elementów programu specjalizacji odbytych w kraju lub za granicą:

I. Rodzaj stażu: szkoleniowy

I.p.	Staż szkoleniowy* (zabiegi, procedury medyczne)	Nazwa kraju	Odniesienie do programu specjalizacji (czas trwania, wykaz zabiegów, procedur medycznych)*	Nazwa jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego	Okres realizacji stażu (od-do)
------	--	-------------	--	--	--------------------------------

II. Rodzaj stażu: kierunkowy

I.p.	Staż kierunkowy* (zabiegi, procedury medyczne)	Nazwa kraju	Odniesienie do programu specjalizacji (czas trwania, wykaz zabiegów, procedur medycznych)*	Nazwa jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego	Okres realizacji stażu (od-do)
------	---	-------------	--	--	--------------------------------

* W okresie stażu szkoleniowego lekarz uczestniczył w wykonaniu/wykonał zabiegi, procedury medyczne (rodzaj, liczba) - wykaz w załączeniu.

III. Kursy szkoleniowe

I.p.	Kurs szkoleniowy*	Nazwa	Odniesienie do programu	Organizator	Okres
------	-------------------	-------	-------------------------	-------------	-------

(zabiegi, procedury medyczne)	kraju	kursu (czas trwania, wykaz zabiegów, procedur medycznych)*	kursu	realizacji kursu (od-do)
-------------------------------	-------	--	-------	--------------------------

IV. Wnioskuje o skrócenie / zaliczenie okresu odbywania specjalizacji o miesięcy.

W załączeniu:

1. Dokumenty potwierdzające odbycie przez lekarza staży/kursów.
2. Informacja na temat jednostki, w której został zrealizowany staż/kurs, dotycząca uprawnień do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy lub czy kurs wpisany jest na listę prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
3. Kserokopia dyplomu lekarza.
4. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
5. Kserokopia karty specjalizacji.
6. Kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji
7. Opinia kierownika specjalizacji potwierdzająca wiedzę i umiejętności lekarza w zakresie zrealizowanych staży/kursów będących przedmiotem wniosku.

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

Pieczęć jednostki szkolącej:

Wnioski dotyczą lekarzy, którzy:

- 1) odbyli w kraju staże/kursy w okresie 5 lat od dnia ich ukończenia do dnia rozpoczęcia specjalizacji,
- 2) odbyli za granicą staże/kursy w okresie 5 lat od dnia ich ukończenia do dnia rozpoczęcia specjalizacji oraz po dniu rozpoczęcia specjalizacji pod warunkiem, że był to podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne.

WZÓR

.....
(pieczęć Centrum
Egzaminów Medycznych)

Nr/..... r.

DYPLOM

Pan(i)
urodzony(a) w
posiadający(a) obywatelstwo

oraz

prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu
lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej
nr
wydane przez w dniu
po odbyciu specjalizacji pod kierunkiem Pana(i)

.....
i złożeniu państwowego egzaminu specjalizacyjnego w dniu
przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym rozporządzeniem
Ministra Zdrowia z dnia ... 2005 r. w sprawie
specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz. U. Nr ..., poz. ...)

uzyskał(a) tytuł specjalisty

w dziedzinie:

.....
(data wydania dyplomu)

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych)