

Geriátria törzsképzési terv
(24 hó törzsképzés és 36 hó szakgyakorlat)

Jelölt neve:

Pecsétszám:

Munkáltató:

Szakképzés kezdete:

Törzsképzés kezdete:

Gyakorlat megnevezése	Gyakorlat időtartama	Gyakorlat elvégzésének ideje (-tól –ig)	Akkreditált gyakorlati hely megnevezése
1. Sürgősségi gyakorlat (6 hónap):			
a.) Gyakorlat intenzív terápiás osztályon	3 hónap		
b.) Transzfuziológia tanfolyam	2 hét		
c.) Felnőtt sürgősségi osztályos gyakorlat (1 hónap 2 hét) benne:			
I. Felnőtt sürgősségi osztályos gyakorlat	1 hónap 1 hét		
II. Korszerű elsősegélynyújtás tanfolyam	1 hét		
d.) OMSZ mentőgyakorlat	1 hónap		
2. Törzsképzési tanfolyamok	1 hónap		
3. Általános belgyógyászati törzsgyakorlat belgyógyászati osztályon	6 hónap		

4. Időskori belgyógyászati alapszakorlat, geriátriai súlypontú osztályon	11 hónap		
---	----------	--	--

A rezidens számára a képzés alatt a munkaidő terhére elrendelhető ügyeletek száma maximum 2 ügyelet/hó.

A fenti képzési programban szereplő időpontokkal egyetértek, és a jelöltnek az akkreditáció hiánya miatt máshol, külső képzőhelyen töltendő gyakorlatainak letöltésére a képzési terv szerint lehetőséget biztosítok. Amennyiben ennek valamilyen akadályoztatása lép fel, akkor a képzési programban időpont módosítást kérek.

Dátum: 20.....

.....
munkahelyi vezető

Dátum: 20.....

.....
grémiumvezető