

**Klinikai genetika törzsképzési terv**  
**(24 hó törzsképzés és 24 hó szakgyakorlat)**

Jelölt neve:

Pecsétszám:

Munkáltató:

Szakképzés kezdete:

Törzsképzés kezdete:

Gyakorlat megnevezése	Gyakorlat időtartama	Gyakorlat elvégzésének ideje (-tól –ig)	Akkreditált gyakorlati hely megnevezése
<b>1. Sürgősségi gyakorlat (6 hónap)</b>			
a.) Gyakorlat intenzív terápiás osztályon	1,5 hónap		
b.) Transzfuziológia tanfolyam	2 hét		
c.) Gyakorlat II. vagy III. progresszivitási szintű egyetemi vagy oktatókórházi sürgősségi betegellátó osztályon	2 hónap és 3 hét		
d.) Korszerű elsősegélynyújtás tanfolyam	1 hét		
e.) OMSZ mentőgyakorlat	1 hónap		
<b>2. Törzsképzési tanfolyamok</b>	1 hónap		
<b>3. Csecsemő- és gyermekgyógyászati gyakorlat, ebből: 2 hónap gyermek neurológiai osztályon</b>	5 hónap		
<b>4. Szülészeti-nőgyógyászati gyakorlat, benne: intrauterin diagnosztika</b>	4 hónap		
<b>5. Rehabilitációs gyakorlat</b>	2 hónap		
<b>6. Belgyógyászati gyakorlat</b>	2 hónap		

<b>7. Neurológiai gyakorlat (beleértve a pszichiátriát is)</b>	2 hónap		
<b>8. Általános laboratóriumi diagnosztikai gyakorlat</b>	2 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