

## 1036

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 28 sierpnia 2008 r.

**w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, lekarza i lekarza dentystę pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego Minister Obrony Narodowej pełni funkcję organu założycielskiego**

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę, będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego Minister Obrony Narodowej pełni funkcję organu założycielskiego, zwanego dalej odpowiednio „lekarzem” i „zakładem opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej”;
- 2) wzory dokumentów wymaganych przy realizowaniu specjalizacji.

§ 2. 1. Lekarz może odbyć specjalizację w wybranej specjalności, jeżeli posiada prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.

2. Lekarz może odbyć specjalizację lub staż kierunkowy w zakładzie opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej, wpisanym na listę przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

3. Lekarz za zgodą szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej obsługujących Ministra Obrony Narodowej, zwanego dalej „szefem jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia”, może odbyć specjalizację lub staż kierunkowy we wpisanej na listę, o której mowa w ust. 2, jednostce organizacyjnej innej niż zakład opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej.

§ 3. 1. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej odbywający specjalizację może pozostawać jednocześnie na stanowisku służbowym.

2. Okres odbywania specjalizacji może być przedłużony nie więcej niż o połowę okresu jej trwania.

3. Okres odbywania specjalizacji może być przedłużony w ramach udzielonego lekarzowi przez pracodawcę urlopu wychowawczego, zgodnie z przepisami

ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. — Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.<sup>1)</sup>).

4. Okres odbywania specjalizacji może być przedłużony o czas skierowania lub wyznaczenia lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej do odbycia tej służby w innym miejscu w kraju lub poza granicami państwa.

§ 4. 1. Lekarz może rozpocząć specjalizację w wybranej specjalności, jeżeli został zakwalifikowany do jej odbywania w wyniku postępowania kwalifikacyjnego.

2. W celu przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego lekarz składa wniosek o rozpoczęcie specjalizacji do szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 marca lub do dnia 31 października każdego roku.

3. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej składa wniosek do szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia drogą służbową.

4. Lekarz zatrudniony w jednostce wojskowej lub zakładzie opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej składa wniosek do szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia, po uzyskaniu zgody pracodawcy na odbywanie specjalizacji.

5. We wniosku o rozpoczęcie specjalizacji, o którym mowa w ust. 2, lekarz może zaproponować zakład opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej, w którym odbywałby specjalizację.

6. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 2, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672 oraz z 2008 r. Nr 93, poz. 586 i Nr 116, poz. 740.

§ 5. 1. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza komisja kwalifikacyjna powołana przez szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia, zwana dalej „komisją”, dwa razy w roku w następujących terminach od dnia 1 grudnia do dnia 31 stycznia oraz od dnia 1 maja do dnia 30 czerwca.

2. Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie specjalizacji oraz postępowanie konkursowe.

3. Postępowanie konkursowe obejmuje i uwzględnia:

1) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny:

a) jeżeli nie posiada odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia bądź tytułu specjalisty — rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego,

b) jeżeli posiada odpowiednią specjalizację I lub II stopnia bądź tytuł specjalisty — rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I, II stopnia lub państwowego egzaminu specjalizacyjnego;

2) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w szczegółowej dziedzinie medycyny — rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji.

4. W skład komisji wchodzi lekarze specjaliści we właściwej dziedzinie medycyny objętej postępowaniem kwalifikacyjnym lub, w uzasadnionych przypadkach, z pokrewnych dziedzin medycyny, a w szczególności:

1) konsultant krajowy wojskowej służby zdrowia lub jego przedstawiciel w danej dziedzinie medycyny, a w uzasadnionych przypadkach w dziedzinie pokrewnej, jako przewodniczący komisji;

2) przedstawiciel Wojskowej Rady Lekarskiej;

3) przedstawiciel właściwego towarzystwa naukowego dla danej dziedziny medycyny;

4) przedstawiciel szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia.

§ 6. 1. Do odbywania specjalizacji zostają zakwalifikowani lekarze, których liczba odpowiada liczbie wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny przydatnej w wojskowości, w kolejności od najwyższego wyniku uzyskanego w postępowaniu kwalifikacyjnym, z wyjątkiem lekarzy, których komisja nie zakwalifikowała do jej odbywania.

2. Wynik postępowania kwalifikacyjnego stanowi procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych z rozmowy kwalifikacyjnej i Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego albo egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji — w postępowaniu kwalifikacyjnym dotyczącym specjalizacji podstawowej lub szczegółowej w dziedzinie medycyny.

3. Maksymalna liczba punktów wynosi:

1) z rozmowy kwalifikacyjnej 15 punktów (3 pytania po 5 punktów);

2) z egzaminu w zakresie specjalizacji 200 punktów, przy czym:

a) za ocenę 3,0 otrzymuje się 116 punktów,

b) za ocenę 3,1—3,5 otrzymuje się 128 punktów,

c) za ocenę 3,6—3,9 otrzymuje się 140 punktów,

d) za ocenę 4,0 otrzymuje się 152 punkty,

e) za ocenę 4,1—4,5 otrzymuje się 164 punkty,

f) za ocenę 4,6—4,9 otrzymuje się 176 punktów,

g) za ocenę 5,0 otrzymuje się 188 punktów,

h) za ocenę 5,0 z wyróżnieniem otrzymuje się 200 punktów.

4. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego ocenę z testu stanowiącego część składową egzaminu specjalizacyjnego I lub II stopnia — lekarzowi przyznaje się 140 punktów za zaliczenie testu.

5. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego uzyskanie oceny z egzaminu specjalizacyjnego I lub II stopnia — lekarzowi przyznaje się 140 punktów za posiadanie I lub II stopnia specjalizacji.

6. W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej lekarzy jednakowej liczby punktów kwalifikujących ich do odbywania specjalizacji, w ramach postępowania kwalifikacyjnego przeprowadza się dodatkową rozmowę kwalifikacyjną.

7. Od decyzji komisji, o których mowa w ust. 1, lekarz może odwołać się do Ministra Obrony Narodowej w terminie 14 dni od dnia zakończenia postępowania kwalifikacyjnego.

8. Decyzja Ministra Obrony Narodowej dotycząca odwołania, o którym mowa w ust. 7, jest ostateczna.

§ 7. 1. Po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia wskazuje termin rozpoczęcia i kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania specjalizacji do jednostki organizacyjnej, o której mowa w § 2 ust. 2 lub 3, biorąc pod uwagę:

1) propozycję wyrażoną przez lekarza we wniosku o rozpoczęcie specjalizacji, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny;

2) wynik postępowania kwalifikacyjnego;

3) miejsce zatrudnienia i pełnienia służby;

4) wstępną akceptację kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację.

2. Lekarzowi, który został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji, szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia wydaje:

1) skierowanie do odbywania specjalizacji w określonej jednostce organizacyjnej ze wskazaniem trybu

i okresu jej odbywania, którego wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;

- 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 3) indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych, którego wzór określa załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 4) informację o obowiązującym programie specjalizacji, zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Skierowanie do jednostki organizacyjnej, o której mowa w § 2 ust. 3, dla lekarza, który przeszedł postępowanie kwalifikacyjne w jednostce organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej obsługującej Ministra Obrony Narodowej, wydaje szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia, po uzyskaniu zgody odpowiednio jednostki organizacyjnej podległej wojewodzie, zajmującej się kształceniem podyplomowym pracowników ochrony zdrowia, lub dyrektora komórki właściwej do spraw służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w odniesieniu do jednostek organizacyjnych utworzonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

§ 8. 1. Szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia powiadamia Wojskową Izbę Lekarską lub właściwą okręgową izbę lekarską, której lekarz jest członkiem, o rozpoczęciu przez niego specjalizacji.

2. Szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia przekazuje do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, po przeprowadzonych postępowaniach kwalifikacyjnych, aktualne informacje o lekarzach odbywających specjalizację.

§ 9. Szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia prowadzi rejestr lekarzy odbywających specjalizację w zakładach opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej.

§ 10. Zadania odpowiednie do zadań realizowanych przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego i kierownika Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego, określone w przepisach w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, w stosunku do lekarzy zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji w trybie rozporządzenia realizuje szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia w zakresie Ministerstwa Obrony Narodowej.

§ 11. 1. Lekarz przed przystąpieniem do państwowego egzaminu specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, składa do szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia następujące dokumenty:

- 1) wniosek o przystąpienie do PES;
- 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego;
- 3) indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, wraz ze szczegółowym planem albo indywidualnym harmonogramem odbywania specjalizacji, lekarz może złożyć w jednym z dwóch terminów:

- 1) do dnia 31 lipca lub
- 2) do dnia 31 grudnia każdego roku kalendarzowego

— jednakże w terminie nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji.

3. W przypadku PES w dziedzinie urologii dokumenty, o których mowa w ust. 1, wraz ze szczegółowym planem albo indywidualnym harmonogramem odbywania specjalizacji, lekarz może złożyć na trzy miesiące przed terminem PES ustalonym w danej sesji przez konsultanta krajowego w dziedzinie urologii.

4. Szef jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia po stwierdzeniu, że dokumenty, o których mowa w ust. 1, spełniają warunki formalne, przekazuje je niezwłocznie do Centrum Egzaminów Medycznych, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od dnia ich otrzymania, oraz zawiadamia Centrum Egzaminów Medycznych o liczbie przyjętych zgłoszeń.

§ 12. 1. Lekarzowi, który uzyskał tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu szkolenia i złożeniu PES z wynikiem pozytywnym, Centrum Egzaminów Medycznych wydaje dyplom i przekazuje jego kopię szefowi jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia.

2. Do przechowywania, przez szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia, dokumentacji dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego lekarzy oraz kopii dyplomu PES stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 3 pkt 5 i art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 673, z późn. zm.<sup>2)</sup>).

§ 13. W sprawach nieuregulowanych rozporządzeniem zastosowanie mają przepisy w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków.

§ 14. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą obowiązującą od dnia 2 stycznia 2008 r.<sup>3)</sup>

Minister Obrony Narodowej: *B. Klich*

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i Nr 220, poz. 1600 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 426.

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 czerwca 2000 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej tworzonym przez Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. Nr 51, poz. 611), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 2008 r. na podstawie art. 44 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o zmianie i uchyleniu niektórych upoważnień do wydawania aktów wykonawczych (Dz. U. Nr 220, poz. 1600).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej  
z dnia 28 sierpnia 2008 r. (poz. 1036)

Załącznik nr 1

WZÓR

<b>WNIOSEK O ROZPOCZĘCIE SPECJALIZACJI</b>	
w dziedzinie .....	
WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA	
1. Imię (imiona) i nazwisko, **stopień .....	
.....	
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/przydział służbowy .....	
.....	
(nazwa jednostki organizacyjnej, adres, stanowisko)	
12. Miejsce odbywania studiów doktoranckich .....	
.....	
(podmiot prowadzący, adres)	
.....	
(temat pracy)	
.....	
(w ramach stypendium, urlopu szkoleniowego, urlopu bezpłatnego)	

13. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej/służby .....

.....  
.....

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) w ramach umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację (jednostka organizacyjna nie pobiera od lekarza opłat za to szkolenie);
- 2) w ramach zatrudnienia na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony okresem trwania specjalizacji z jednostką organizacyjną, o której mowa w § 2 ust. 2 rozporządzenia;
- 3) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego pracownikowi na podstawie odrębnych przepisów;
- 4) w ramach umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony z jednostką organizacyjną inną niż wymienione w § 2 ust. 2 rozporządzenia, zapewniającą realizację części programu specjalizacji w zakresie form pogłębiania i uzupełniania wiedzy teoretycznej oraz doskonalenia i nabywania umiejętności praktycznych i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do realizacji pozostałej części programu specjalizacji w jednostce organizacyjnej prowadzącej specjalizację lub odpowiednio prowadzącej staż kierunkowy;
- 5) w ramach poszerzenia zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich o program specjalizacji zgodny z kierunkiem studiów i udzielonego urlopu szkoleniowego lub bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów w trybie pkt 1, 2 i 4;
- 6) propozycja jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne.

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć wnioskującego)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

Ad 1) Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie .....

.....

przez Pana/Panią .....

w ramach umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne zawartej z ww. przez

.....

.....

(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

Ad 2, 3 i 5) 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)

Ad 4) 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 PODMIOT PROWADZĄCY STUDIA DOKTORANCKIE LUB JEDNOSTKA  
ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA**

Ad 5) 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/bezpłatnego Panu/Pani .....

w celu odbywania specjalizacji w dziedzinie ..... w ramach

odbywanych studiów doktoranckich .....

.....  
(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

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

Ad 6) Propozycja jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

.....  
.....

\*\* OPINIA PRZEŁOŻONEGO FACHOWEGO.....

\*\* REKOMENDACJA PRZEŁOŻONEGO SŁUŻBOWEGO .....

\*\* REKOMENDACJA SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA RODZAJU SIŁ ZBROJNYCH

.....

ZGODA SZEFA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ WŁAŚCIWEJ DO SPRAW ZDROWIA MON

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA WPISANA NA LISTĘ JEDNOSTEK PROWADZĄCYCH SPECJALIZACJĘ

(nazwa jednostki)

(nazwa komórki prowadzącej specjalizację)

Akceptuję odbywanie specjalizacji w ramach wolnych miejsc szkoleniowych przez Pana/Panią

(podpis i pieczęć kierownika komórki organizacyjnej)

(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie mam aktualnie otwartej żadnej specjalizacji.

(data)

(podpis i pieczęć)

WYPEŁNIA KOMÓRKA ORGANIZACYJNA ODPOWIEDZIALNA ZA RESORTOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ MON

W wyniku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w okresie .....

Pan/Pani .....

uzyskał(a) ..... liczbę punktów .....

stanowiącą ..... % ogólnej możliwej do uzyskania liczby punktów

i został(a) /nie został(a) zakwalifikowany(a) do odbywania specjalizacji

w dziedzinie .....

w trybie .....

(data)

(podpis i pieczęć kierownika)



## ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA SPECJALIZACJI

Nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentyków

odbywających specjalizację w trybie rozporządzenia MON .....

Pan/Pani .....

został(a) skierowany(a) 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 .....

Odbyt(a) 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

Pan/Pani .....

wpisany(a) do rejestru pod numerem .....

został(a) skreślony(a) z rejestru lekarzy odbywających specjalizację w dniu .....

.....

(przyczyna skreślenia)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika)

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Dotyczy tylko lekarzy będących żołnierzami.

## WZÓR

(pieczęć jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia)

[ ]

## SKIEROWANIE DO ODBYWANIA SPECJALIZACJI

(postępowanie kwalifikacyjne .....)  
(data sesji kwalifikacyjnej)

.....  
(adres placówki prowadzącej specjalizację)

**Wskazuję** .....  
(imię i nazwisko lekarza kierowanego na specjalizację)

**Miejsce** .....  
(klinikę, oddział odbywania specjalizacji)

**Jako miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

z zakresu .....

szkolenie specjalizacyjne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.)

**Trwa ..... lata**

**Specjalizacja odbywa się:**

.....  
(wpisać tryb odbywania specjalizacji)

Uprzejmie proszę o:

- 1) wskazanie kierownika specjalizacji;
- 2) podanie daty rozpoczęcia specjalizacji (ustala kierownik specjalizacji).

## WZÓR

(pieczęćka jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia)

[ ]

Nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów  
odbywających specjalizację w trybie przewidzianym rozporządzeniem  
Ministra Obrony Narodowej z dnia .....

**KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO NR ...../..... r.**

**w dziedzinie .....**

Sposób odbywania specjalizacji .....

**DANE OSOBOWE**

1. Imię i nazwisko .....

2. Nr PESEL ..... data urodzenia .....

3. Miejsce zamieszkania .....

tel. ....

4. Tytuł zawodowy .....

5. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyistów\* nr .....

wydane przez .....

w dniu .....

6. Członek okręgowej/wojskowej izby lekarskiej w .....

nr rejestracyjny .....

7. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data uzyskania)

.....

.....

8. Nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację:

.....

.....

9. Okres szkolenia: od dnia ..... do dnia .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć szefa jednostki organizacyjnej  
właściwej do spraw zdrowia)

\* Właściwe podkreślić.

10. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .....

nazwa posiadanej specjalizacji, stopień naukowy, stanowisko .....

11. Data rozpoczęcia specjalizacji .....

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

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

12. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania specjalizacji do dnia .....

przyczyna przedłużenia .....

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

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

UWAGI

Empty rectangular box for notes.

### REALIZACJA PROGRAMU SPECJALIZACJI

**I. ROK SZKOLENIA**

**1. Kurs wprowadzający:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

**2. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika 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 kursu)
Staż kierunkowy w zakresie .....	
okres .....	
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....	
nazwa komórki organizacyjnej .....	
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....	
ocena .....	
..... (data)	..... (podpis kierownika kursu)
Staż kierunkowy w zakresie .....	
okres .....	
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....	
nazwa komórki organizacyjnej .....	
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....	
ocena .....	
..... (data)	..... (podpis kierownika kursu)
4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie 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 .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika 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 kursu)

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

.....  
(data) (podpis kierownika kursu)

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

.....  
(data) (podpis kierownika kursu)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie 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 .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
.....  
(data) (podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
.....  
(data) (podpis kierownika 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 kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

ocena .....

.....  
.....  
(data) (podpis kierownika kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

ocena .....

.....  
.....  
(data) (podpis kierownika kursu)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie 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 kursu)

---

UWAGI

IV. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs  
 .....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu  
 .....

.....  
 (data) ..... (podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs  
 .....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu  
.....  
.....  
(data) ..... (podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs  
.....  
temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu  
.....  
.....  
(data) ..... (podpis kierownika 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 kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

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

.....  
(data) ..... (podpis kierownika kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

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

.....  
(data) ..... (podpis kierownika kursu)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie 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 .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs  
.....  
temat .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu  
.....  
..... (data) ..... (podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs  
.....  
temat .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu  
.....  
..... (data) ..... (podpis kierownika 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 kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....  
ocena .....  
..... (data) ..... (podpis kierownika kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....  
ocena .....  
..... (data) ..... (podpis kierownika kursu)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie 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 .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....

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

(data)

(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs  
.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu  
.....  
.....  
(data) (podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs  
.....

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu  
.....  
.....  
(data) (podpis kierownika 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 kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

ocena .....

.....  
(data) (podpis kierownika kursu)

Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

ocena .....

.....  
(data) (podpis kierownika kursu)



3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie 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)

**JĘZYK OBCY**

Podmiot przeprowadzający sprawdzian z języka .....

.....  
.....

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 szczególności orzeczeń i opinii lekarskich.

.....  
(data) (podpis przeprowadzającego sprawdzian)

## ZALICZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI

Pan/Pani .....  
wpisany(a) do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację pod numerem

[ ]

odbył(a) zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył(a) specjalizację w dziedzinie

.....

.....  
(data)

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

## WZÓR

**INDEKS WYKONANYCH ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH**

Zewnętrzna strona okładki

**INSTRUKCJA**

Lekarz 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 wzoru:

- 1) numer wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację;
- 2) nazwa stażu szkoleniowego;
- 3) kod oznaczenia zabiegu: zabieg wykonywany z asystą kierownika specjalizacji lub lekarza przez niego wyznaczonego – A, zabieg, w którym lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – B, w którym lekarz uczestniczy jak druga lub trzecia asysta – C;
- 4) data wykonania zabiegu lub procedury medycznej;
- 5) miejsce wykonywania zabiegu lub procedury medycznej;
- 6) wskazania do wykonania zabiegu lub procedury medycznej (planowe/nagłe);
- 7) płeć i wiek pacjenta;
- 8) rozpoznanie przedoperacyjne;
- 9) nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną;
- 10) nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza, druga lub trzecia asysta;
- 11) rodzaj znieczulenia;
- 12) nazwa zabiegu lub procedury medycznej;
- 13) rozpoznanie pooperacyjne;
- 14) podpis i pieczęć kierownika specjalizacji;
- 15) uwagi.

Wewnętrzna strona okładki

Numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację w zakładzie opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej

[ ] [ ]

.....  
imię i nazwisko lekarza

.....  
dziedzina medycyny

.....  
nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację

.....  
nazwa komórki prowadzącej specjalizację

.....  
imię i nazwisko kierownika specjalizacji

strona 1

1. Numer wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację		2. Nazwa stażu szkoleniowego	
3. <b>A</b> <b>B</b> <b>C</b> *	4. Data wykonania zabiegu lub procedury medycznej	5. Miejsce wykonywania zabiegu lub procedury medycznej	
6. NAGŁE/PLANOWE*	7. K/M*		
8. Rozpoznanie przedoperacyjne			
9. Nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną			
10. Nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza, druga lub trzecia asysta			
11. Rodzaj znieczulenia			
12. Nazwa zabiegu lub procedury medycznej			
13. Rozpoznanie pooperacyjne			
14. Podpis i pieczęć kierownika specjalizacji			15. Uwagi

\* Niepotrzebne skreślić.  
strony 2-30

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

*strony 31-36*

Wydaje się lekarzowi odbywającemu specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Numer ewidencyjny	Data	Wiek pacjenta	ASA	Rodzaj zabiegu	Technika znieczulenia <sup>1</sup>	Rodzaj nadzoru <sup>2</sup>

Technika znieczulenia<sup>1</sup>:  
**og.** – ogólne  
**zo** – zewnątrzoponowe  
**pp** – podpajęczynówkowe  
**bn** – blokady nerwów

Rodzaj nadzoru<sup>2</sup>:  
**sam.** - samodzielnie  
**współ.** – współdział

Pieczętka i podpis  
kierownika specjalizacji  
kierownika stażu kierunkowego

strona 37



Okładka