



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 marca 2013 r.

Poz. 401

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 15 marca 2013 r.

w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej

Na podstawie art. 16x ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, zwanego dalej „lekarzem MON”;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenie.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- 2) podmiocie leczniczym MON – należy przez to rozumieć podmiot leczniczy utworzony przez Ministra Obrony Narodowej, wpisany na listę jednostek organizacyjnych, o której mowa w art. 19f ust. 1 ustawy;
- 3) podmiocie leczniczym MSW – należy przez to rozumieć podmiot leczniczy utworzony przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, wpisany na listę jednostek organizacyjnych, o której mowa w art. 19f ust. 1 ustawy;
- 4) innym podmiocie leczniczym – należy przez to rozumieć inny niż określony w pkt 2 i 3 podmiot leczniczy wpisany na listę jednostek organizacyjnych, o której mowa w art. 19f ust. 1 ustawy.

§ 3. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarz MON składa do organu, o którym mowa w art. 16c ust. 1 pkt 2 ustawy:

- 1) drogą służbową – jeżeli jest żołnierzem w czynnej służbie wojskowej;
- 2) za pośrednictwem pracodawcy, po uzyskaniu jego opinii w sprawie przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego – jeżeli jest zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.

§ 4. 1. Lekarz MON może odbywać szkolenie specjalizacyjne w:

- 1) podmiocie leczniczym MON;
- 2) podmiocie leczniczym MSW;
- 3) innym podmiocie leczniczym.

2. W podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym szkolenie specjalizacyjne może być odbywane w ramach miejsc szkoleniowych udostępnionych odpowiednio przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo wojewodę.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707 oraz z 2012 r. poz. 95 i 1456.

3. W celu umożliwienia odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym Minister Obrony Narodowej występuje z wnioskiem o udostępnienie miejsca szkoleniowego odpowiednio do ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wojewody.

§ 5. 1. Lekarz MON odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie:

- 1) przeznaczonym dla lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej;
- 2) przeznaczonym dla lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.

2. Lekarz MON będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej może odbywać szkolenie specjalizacyjne:

- 1) w ramach pełnienia służby na stanowisku służbowym w podmiocie leczniczym MON;
- 2) w ramach zwolnienia od zajęć służbowych udzielanego na czas realizacji programu specjalizacji w wymiarze określonym w ust. 3 z jednoczesnym pozostawaniem na dotychczasowym stanowisku służbowym lub w rezerwie kadrowej, na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne zawartej z podmiotem prowadzącym to szkolenie;
- 3) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w zakresie zgodnym z dziedziną medycyny, w której są prowadzone te studia.

3. Lekarz MON będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej odbywa szkolenie specjalizacyjne w wymiarze nie mniejszym niż 24 godziny tygodniowo w podmiotach leczniczych, o których mowa w § 4 ust. 1, w ramach czasu służby, o którym mowa w art. 60 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 593, z późn. zm.²⁾).

4. Lekarz MON zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej może odbywać szkolenie specjalizacyjne:

- 1) na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem leczniczym MON, prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której wskazuje się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego;
- 2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym MON, podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz MON jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy;
- 4) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania;
- 5) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w zakresie zgodnym z dziedziną medycyny, w której są prowadzone te studia i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego.

§ 6. 1. Minister Obrony Narodowej wskazuje termin rozpoczęcia odbywania szkolenia specjalizacyjnego i kieruje lekarza MON do podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 4 ust. 1.

2. Organ, o którym mowa w ust. 1, wydaje lekarzowi MON:

- 1) skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym MON, podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym, którego wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679, Nr 113, poz. 745, Nr 127, poz. 857, Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 22, poz. 114, Nr 112, poz. 654, Nr 122, poz. 696, Nr 171, poz. 1016 i Nr 236, poz. 1396.

- 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) indeks zabiegów i procedur medycznych, którego wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) informację o obowiązującym go programie specjalizacji, zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 5) informację o obowiązującym go programie uzupełniającym odpowiednim dla danej specjalizacji, określonym w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 16g ust. 2 ustawy.

3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2, wydaje się lekarzowi MON po przedstawieniu przez niego dokumentu, o którym mowa w art. 16c ust. 18 ustawy, w terminie nie dłuższym niż 15 dni od dnia zakończenia postępowania kwalifikacyjnego.

§ 7. 1. Lekarz MON, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne na podstawie przepisów dotychczasowych, odbywa je zgodnie z trybem określonym w tych przepisach.

2. Do lekarza MON będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne po dniu 30 czerwca 2011 r., stosuje się przepis § 5 ust. 3.

3. Skierowanie do odbywania specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego oraz indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych wydane na podstawie przepisów dotychczasowych stają się, odpowiednio, skierowaniem do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, kartą szkolenia specjalizacyjnego oraz indeksem zabiegów i procedur medycznych w rozumieniu niniejszego rozporządzenia.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 2 stycznia 2013 r., z wyjątkiem § 5 ust. 3, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.³⁾

Minister Obrony Narodowej: *T. Siemoniak*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 28 sierpnia 2008 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentyście będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, lekarza i lekarza dentyście pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego Minister Obrony Narodowej pełni funkcję organu założycielskiego (Dz. U. Nr 167, poz. 1036), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2013 r. na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. Nr 113, poz. 658).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej
z dnia 15 marca 2013 r. (poz. 401)

Załącznik nr 1

WZÓR SKIEROWANIA DO ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO
W PODMIOCIE LECZNICZYM MON, PODMIOCIE LECZNICZYM MSW
ALBO INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM

SKIEROWANIE DO ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

postępowanie kwalifikacyjne
(data sesji kwalifikacyjnej)

Podmiot leczniczy prowadzący szkolenie specjalizacyjne:
.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

Wskazuję
(imię i nazwisko, przydział służbowy/stanowisko lekarza MON kierowanego na szkolenie specjalizacyjne)
.....
(klinika, oddział odbywania szkolenia specjalizacyjnego)

jako miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego

w dziedzinie
(wpisać dziedzinę medycyny)

Szkolenie specjalizacyjne odbywa się w trybie:

.....
(wpisać tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego)

Okres odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Kierownik specjalizacji
(imię i nazwisko kierownika specjalizacji)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć organu kierującego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego)

WZÓR KARTY SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

.....
(pieczęć organu wydającego kartę szkolenia specjalizacyjnego)

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

w dziedzinie

Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

DANE OSOBOWE

1. Stopień*, imię (imiona) i nazwisko
2. Płeć: K M
3. Numer PESEL, a w przypadku jego braku cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość
(nazwa, numer dokumentu, kraj i rok wydania)
4. Obywatelstwo (obywatelstwa)
5. Adres miejsca zamieszkania
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)
6. Adres do korespondencji
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)
7. Telefon**: służbowy
komórkowy
domowy
8. Adres e-mail**
9. Tytuł zawodowy
10. Członek wojkowej/okręgowej*** izby lekarskiej w
11. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry*** nr
wydane przez w dniu
12. Posiadane specjalizacje:
(nazwa specjalizacji, numer dyplomu, nazwa podmiotu wydającego dyplom)
13. Nazwa i adres podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne:
.....
.....
14. Okres szkolenia: od dnia do dnia

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć organu wydającego kartę szkolenia specjalizacyjnego)

15. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji

Numer PESEL, nazwa posiadanej specjalizacji, stopień/tytuł naukowy

.....
stanowisko

16. Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego

.....
*(podpis i pieczęćka
kierownika
specjalizacji)*

.....
*(podpis i pieczęćka kierownika
komórki organizacyjnej podmiotu
lecniczego prowadzącego
szkolenie specjalizacyjne)*

.....
*(podpis i pieczęćka
kierownika podmiotu
lecniczego prowadzącego
szkolenie specjalizacyjne)*

17. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego do dnia

przyczyna przedłużenia

.....
*(podpis i pieczęćka
kierownika
specjalizacji)*

.....
*(podpis i pieczęćka kierownika
komórki organizacyjnej
podmiotu lecniczego
prowadzącego szkolenie
specjalizacyjne)*

.....
*(podpis i pieczęćka kierownika
podmiotu lecniczego
prowadzącego szkolenie
specjalizacyjne)*

UWAGI

* Dotyczy tylko lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej.

** Podanie informacji jest dobrowolne.

*** Niepotrzebne skreślić.

REALIZACJA PROGRAMU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**I ROK SZKOLENIA****1. Kurs wprowadzający**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....
(data).....
(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)**2. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

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

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

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

.....

.....

.....

.....
(data)

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

6. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

7. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

II ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

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

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

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

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

.....
(data)

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

5. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

III ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

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

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

.....
(data)

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

5. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

IV ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

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

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

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

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

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

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

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

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

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

.....
(data)

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

5. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

V ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data) (podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data) (podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data) (podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data) (podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

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

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

.....
(data)

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

5. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

VI ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

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

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

.....
(data)

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

5. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

VII ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data)
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data)
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data)
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:;

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....

(data)
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

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

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

.....
(data)

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

5. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

VIII ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs:

.....

Temat i numer kursu

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu:

.....

(data)

.....

*(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)*

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji:

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego z

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

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

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

.....
(data)

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

5. Dyżury medyczne:

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba godzin dyżurów

.....
(data)

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

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji:

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

.....
(data)

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

UWAGI:

KOLOKWIUM Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

przeprowadzone na podstawie

Podmiot przeprowadzający kolokwium:

.....
(nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego kolokwium)

Ocena:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęćka przeprowadzającego kolokwium)

ZALICZENIE MODUŁU PODSTAWOWEGO

Pan/Pani.....
wpisany(-na) do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem
..... odbył(a) szkolenie specjalizacyjne w zakresie
modułu podstawowego zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył(a) program
modułu podstawowego w zakresie

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęćka kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego
szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego)

**ZALICZENIE PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEGO DO SZKOLENIA
SPECJALIZACYJNEGO**

Pan/Pani

wpisany(-na) do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem
..... odbył(a) i zaliczył(a) szkolenie specjalizacyjne
zgodnie z programem uzupełniającym dla specjalizacji

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęćka kierownika specjalizacji)

**POTWIERDZENIE REALIZACJI PROGRAMU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO
PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI**

Pan/Pani

wpisany(-na) do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod
numerem

odbył(a) i zaliczył(a) szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji
w dziedzinie

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęćka kierownika specjalizacji)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęćka kierownika podmiotu leczniczego
prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

WZÓR INDEKSU ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH

**INDEKS
ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH**

nr/..... r.

*Zewnętrzna strona okładki***INSTRUKCJA**

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

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

- 1) numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne;
- 2) nazwa stażu szkoleniowego;
- 3) kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej:
 - a) wykonanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”,
 - b) w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”;
- 4) data wykonania zabiegu lub procedury medycznej;
- 5) miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej;
- 6) inicjały pacjenta;
- 7) płeć pacjenta;
- 8) nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną;
- 9) nazwiska lekarzy/lekarzy dentystów biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta;
- 10) nazwa zabiegu lub procedury medycznej;
- 11) pieczęć podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne / staż kierunkowy;
- 12) podpis i pieczęć kierownika specjalizacji / kierownika stażu kierunkowego.

Wewnętrzna strona okładki

Numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne

.....
(imię i nazwisko lekarza)

.....
(dziedzina medycyny)

.....
(nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

.....
(nazwa komórki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

.....
(imię i nazwisko kierownika specjalizacji)

strona 1

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

strony od 2 do 9

| | |
|-------------------|---------------------|
| 1. | 2. |
| 3.* A B | 4. |
| 5. | |
| 6. | 7.* K / M |
| 8. | |
| 9. | |
| 10. | |
| 11. | 12. |

strony 10 i następne

* Niepotrzebne skreślić.



Okładka

Wydaje się lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne
w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

| Numer ewidencyjny | Data | Wiek pacjenta | ASA | Rodzaj zabiegu | Technika znieczulenia ¹ | Rodzaj nadzoru ² |
|-------------------|------|---------------|-----|----------------|------------------------------------|-----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¹ Technika znieczulenia:
og. – ogólne
zo. – zewnątrzoponowe
pp. – podpajęczynówkowe
bn. – blokady nerwów

² Rodzaj nadzoru:
sam. – samodzielnie
współ. – współudział

.....
 (pieczętka i podpis kierownika specjalizacji
 / kierownika stażu kierunkowego)