

Warszawa, dnia 31 grudnia 2012 r.

Poz. 1536

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH<sup>1)</sup>**

z dnia 20 grudnia 2012 r.

**w sprawie odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych**

Na podstawie art. 16x ust. 3 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.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanego dalej „lekarzem”;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) podmiocie leczniczym MSW – należy przez to rozumieć podmiot leczniczy utworzony przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 2) ustawie – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- 3) lekarzu – należy przez to rozumieć również lekarza dentystę.

§ 3. Lekarz może odbyć szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w:

- 1) podmiocie leczniczym MSW wpisanym na listę jednostek akredytowanych prowadzoną przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na podstawie art. 19f ust. 7 ustawy;
- 2) innym podmiocie leczniczym wpisanym na listę jednostek akredytowanych, o której mowa w pkt 1, za zgodą odpowiednio wojewody albo Ministra Obrony Narodowej.

§ 4. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne odpowiednio:

- 1) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego funkcjonariuszowi na czas trwania określonej specjalizacji;
- 2) w ramach zwolnienia od zajęć służbowych udzielonego funkcjonariuszowi na czas trwania określonej specjalizacji z jednoczesnym pozostawianiem na dotychczasowym stanowisku służbowym;
- 3) w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z podmiotem leczniczym MSW;

<sup>1)</sup> Minister Spraw Wewnętrznych kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 248, poz. 1491).

<sup>2)</sup> 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.

- 4) w ramach umowy o pracę zawartej na czas trwania specjalizacji z podmiotem leczniczym MSW;
- 5) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji;
- 6) w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z podmiotem leczniczym MSW, o którym mowa w § 3 pkt 1, i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi, a w przypadku lekarza pełniącego służbę – w ramach zwolnienia od zajęć służbowych, na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu specjalizacji w podmiocie leczniczym MSW prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w jednostce organizacyjnej, o której mowa w art. 19f ust. 3 ustawy;
- 7) w ramach umowy cywilnoprawnej.

§ 5. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 1 pkt 3 ustawy, lekarz składa po uprzednim uzyskaniu odpowiednio zgody przełożonego albo pracodawcy.

§ 6. 1. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne po zawarciu pisemnej umowy z kierownikiem jednostki organizacyjnej podległej lub nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo podmiotu leczniczego MSW, w których pełni służbę lub jest zatrudniony, określającej wzajemne prawa i obowiązki.

2. Tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 3 pkt 2, odbywa się zgodnie z przepisami wydanymi odpowiednio na podstawie art. 16x ust. 1 i 2 ustawy.

§ 7. Lekarz powiadamia kierownika, o którym mowa w § 6 ust. 1, o rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego.

§ 8. Lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego otrzymuje:

- 1) skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonym podmiocie leczniczym MSW ze wskazaniem trybu i okresu jego odbywania;
- 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 3) indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych, którego wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 4) informację o obowiązującym programie specjalizacji zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 9. Lekarz zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 6 listopada 2007 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentyzę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego (Dz. U. Nr 219, poz. 1631 oraz z 2009 r. Nr 131, poz. 1084) odbywa ją zgodnie z dotychczasowym programem specjalizacji i okresem jej trwania, określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyżów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.<sup>4)</sup>

Minister Spraw Wewnętrznych: *wz. P. Stachańczyk*

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 13, poz. 85, z 2008 r. Nr 170, poz. 1050, z 2010 r. Nr 198, poz. 1320 oraz z 2011 r. Nr 274, poz. 1627.

<sup>4)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 6 listopada 2007 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentyzę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego (Dz. U. Nr 219, poz. 1631 oraz z 2009 r. Nr 131, poz. 1084), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyżysty (Dz. U. Nr 113, poz. 658).



13. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .....

.....  
(nazwa posiadanej specjalizacji, stanowisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu)

14. Data rozpoczęcia specjalizacji .....

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika podmiotu leczniczego MSW prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

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

przyczyna przedłużenia .....

.....  
.....

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika podmiotu leczniczego MSW prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

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

przyczyna przedłużenia .....

.....  
.....

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika podmiotu leczniczego MSW prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

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

**REALIZACJA PROGRAMU SPECJALIZACJI****I ROK SZKOLENIA****1. Kurs wprowadzający:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data).....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu)**2. Kursy szkoleniowe:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

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

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

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

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

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

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

.....

(data) (podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

**6. Dyżury medyczne .....**

**komórka organizacyjna .....**

**liczba dyżurów .....**

.....

(data) (podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

**7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji .....**

.....  
.....

.....  
(data)

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

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

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

## II ROK SZKOLENIA

### 1. Kursy szkoleniowe:

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka 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 i pieczętka 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 i pieczętka 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 i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)
- 3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych** .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- (data) .....
- (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)
- 4. Formy samokształcenia** .....
- rodzaj** .....
- .....
- w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa**
- .....
- (data) .....
- (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)
- 5. Dyżury medyczne** .....
- komórka organizacyjna** .....
- liczba dyżurów** .....
- .....
- (data) .....
- (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)
- 6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji** .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- (data) .....
- (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka 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 i pieczętka 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 i pieczętka 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 i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)
- 3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)
- 4. Formy samokształcenia** .....  
**rodzaj** .....  
.....  
**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa** .....  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)
- 5. Dyżury medyczne** .....  
**komórka organizacyjna** .....  
**liczba dyżurów** .....  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)
- 6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

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

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

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

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

**3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**4. Formy samokształcenia** .....  
**rodzaj** .....  
.....  
**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa**  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Dyżury medyczne** .....  
**komórka organizacyjna** .....  
**liczba dyżurów** .....  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji** .....  
.....  
.....  
.....  
(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

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

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

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**4. Formy samokształcenia .....**

**rodzaj .....**

.....

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

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Dyżury medyczne .....**

**komórka organizacyjna .....**

**liczba dyżurów .....**

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji .....**

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka 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 i pieczętka 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 i pieczętka 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 i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)
- 3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych 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 i wydawnictwa**
- .....
- (data) (podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)
- 5. Dyżury medyczne** .....
- komórka organizacyjna** .....
- liczba dyżurów** .....
- .....
- (data) (podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)
- 6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji** .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- (data) (podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI :**

.....

.....

.....

.....

.....



## WZÓR

**INDEKS WYKONANYCH  
ZABIEGÓW I PROCEDUR  
MEDYCZNYCH**

Nr...../..... r.

**INSTRUKCJA**

Lekarz/lekarz dentysta odbywający specjalizację wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczył 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 odbywających specjalizację,
- 2) nazwa stażu szkoleniowego,
- 3) kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej: wykonanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”, oraz 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 oraz płeć pacjenta,
- 7) nazwisko lekarza wykonującego zabieg lub procedurę medyczną,
- 8) nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta,
- 9) nazwa zabiegu lub procedury medycznej,
- 10) podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego.

Numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację				Nazwa stażu kierunkowego				
kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej		data	miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej	inicjały oraz płeć pacjenta	nazwisko wykonującego zabieg/procedurę medyczną	nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako I lub II asysta	nazwa zabiegu lub procedury medycznej	podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/ stażu kierunkowego
A	B							
A	B							
A	B							
A	B							
A	B							
A	B							
A	B							
A	B							

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