

ELEKTRONICZNA KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

(Elektroniczną Kartę Szkolenia Specjalizacyjnego wypełnia się w SMK, uzupełniając dane w odpowiednich rubrykach)

Dane znajdujące się na każdej stronie EKS

Imię, drugie imię i nazwisko

PESEL

Numer karty szkolenia specjalizacyjnego

Numer wpisu do rejestru osób odbywających szkolenie specjalizacyjne

Podmiot wydający kartę szkolenia specjalizacyjnego

Dziedzina medycyny

Kod dziedziny medycyny

Status

Dane podstawowe

Dane osobowe

Imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Płeć

Dokument potwierdzający tożsamość

Numer dokumentu

Kraj wydania

Miejscowość urodzenia

Data urodzenia

Obywatelstwo

Adres

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Adres korespondencyjny

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Kontakt

Telefon

Adres e-mail

Uprawnienia zawodowe

Numer PWZ

Podmiot wydający PWZ

Numer seryjny PWZ

Numer rejestracyjny
w okręgowej izbie
lekarskiej

Data wystawienia PWZ

Miejsce wystawienia PWZ

Rodzaj PWZ

Wystawca PWZ

Posiadane specjalizacje

Dziedzina medycyny

Stopień specjalizacji /
Tytuł zawodowy

Data uzyskania

Pozostałe dane

Posiadany stopień naukowy
lub tytuł zawodowy

Stopień wojskowy (dotyczy lekarzy
będących żołnierzami w służbie czynnej)

Informacje o skreśleniu (dotyczy lekarzy, którzy zostali skreśleni z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne)

Data wydania decyzji

Tryb wydania decyzji

- Skreślenie w trybie art. 16o ust. 4 ustawy
 Skreślenie w wyniku zmiany dziedziny szkolenia specjalizacyjnego

Przedmiot i uzasadnienie decyzji

Organ wydający decyzję

Odwzorowanie cyfrowe decyzji o skreśleniu

Dane szkolenia specjalizacyjnego

Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Tryb odbywania szkolenia aktualny tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego
specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Powód zmiany trybu *(dotyczy osób, które zmieniały tryb)*

Poprzedni tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego *(dotyczy osób, które zmieniały tryb)*

Tryb odbywania szkolenia aktualny tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego
specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego:

Wniosuję o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego na podstawie/ w ramach: *(należy wybrać jedną z podstaw odbywania szkolenia specjalizacyjnego wymienionych w art. 16h ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry)*

Data zmiany

Poprzednia podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego *(dotyczy osób, które zmieniły podstawę odbywania szkolenia specjalizacyjnego)*

Okres szkolenia

Planowana data rozpoczęcia szkolenia

Planowana data zakończenia szkolenia

Rzeczywista data rozpoczęcia szkolenia

Rzeczywista data zakończenia szkolenia

Jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne

Obecna jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne

Data początku obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Poprzednia jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne *(dotyczy osób, które zmieniały miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego)*

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Kierownik specjalizacji

Obecny kierownik specjalizacji

Data początku obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

Poprzedni kierownik specjalizacji *(dotyczy osób, którym zmieniono kierownika specjalizacji)*

Data początku
obowiązania

Data końca
obowiązania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

Jednostka prowadząca moduł podstawowy (jeśli jest inna niż jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne)

Obecna jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy

Data początku obowiązania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Poprzednia jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy *(dotyczy osób, które zmieniły poprzednią jednostkę prowadzącą moduł podstawowy)*

Data początku obowiązania

Data końca obowiązania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Kierownik modułu podstawowego

Obecny kierownik modułu podstawowego

Data początku
obowiązania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Poprzedni kierownik modułu podstawowego *(dotyczy osób, którym zmieniono kierownika modułu podstawowego)*

Data początku
obowiązania

Data końca
obowiązania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Jednostka prowadząca staż kierunkowy/podstawowy

Nazwa i adres jednostki akredytowanej prowadzącej staż kierunkowy/podstawowy

Data początku
obowiązania

Data końca
obowiązania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Kierownik stażu

Obecny kierownik stażu

Data początku
obowiązania

Data końca
obowiązania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Nazwa stażu

Adnotacje

Adnotacje o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego

Od dnia

Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe dokumentu potwierdzającego przyczynę przedłużenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Adnotacje o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego

Od dnia

Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe pozytywnej decyzji właściwego organu o przedłużeniu okresu szkolenia specjalizacyjnego

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Adnotacje o skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Decyzja pozytywna

Decyzja negatywna

Do dnia

Okres skrócenia
szkolenia specjalizacyjnego (dni)

Data decyzji

Przyczyna skrócenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Adnotacje o uznaniu

Decyzja pozytywna

Decyzja negatywna

Data decyzji

Organ wydający decyzję

Przedmiot decyzji

Załącznik

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Program specjalizacji

Informacje podstawowe o programie specjalizacji

Nazwa programu specjalizacji

Grupa zawodowa

Dziedzina medycyny

Numer specjalizacji

Numer wariantu programu specjalizacji

Data obowiązywania od

Data obowiązywania do

Liczba dodatkowych dni
na samokształcenie

załącznik – program specjalizacji

Moduły

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

Kursy specjalizacyjne

Nazwa kursu

Numer specjalizacji

Numer kolejny kursu

Typ kursu

Liczba dni kursu

Rok szkolenia

Fakultatywny

Staż kierunkowy

Nazwa stażu

Liczba dni stażu

Rok szkolenia

Zrealizowano częściowo

Szkolenie w zakresie wykonywania procedur i zabiegów medycznych

Szczegółowe wymagania

Liczba procedur

Procedura (nazwa procedury):

Liczba procedur

Czas trwania samokształcenia

Czas pełnienia dyżurów

Liczba dni urlopu

Liczba dni wolnych od pracy

Indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

Szczegółowe wymagania

Liczba procedur

Liczba
wykonanych procedur

Liczba
zaakceptowanych procedur

Procedura (nazwa procedury):

Liczba procedur

Liczba
wykonanych procedur

Liczba
zaakceptowanych procedur

Wykonane zabiegi /procedury medyczne

Zabieg/procedura medyczna

Miejsce wykonania zabiegu/procedury medycznej

Nazwa stażu

Rok szkolenia

Kod zabiegu/procedury medycznej

Data wykonania

Inicjały pacjenta

Płeć pacjenta

Imię i nazwisko osoby wykonującej zabieg/procedurę medyczną

Imiona i nazwiska osób biorących udział w zabiegu/procedurze medycznej jako pierwsza lub druga asysta

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego

I rok szkolenia (analogicznie kolejne lata szkolenia)

Kurs specjalizacyjny wprowadzający

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data ukończenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Kursy specjalizacyjne

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data ukończenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Staże kierunkowe

Nazwa podmiotu prowadzącego staż

Nazwa komórki organizacyjnej

Nazwa stażu

Rok szkolenia

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Zabiegi i procedury medyczne

Procedura (nazwa procedury):

Liczba procedur

Liczba wykonanych procedur

Liczba zaakceptowanych procedur

Kod zabiegu/ procedury medycznej

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Formy samokształcenia

Rok szkolenia

Rodzaj

Tytuł

Wydawnictwo

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Dyżury medyczne

Rok szkolenia

Liczba godzin dyżuru

Liczba minut dyżuru

Data rozpoczęcia dyżuru

Nazwa komórki organizacyjnej

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Inne wymagania określone w programie specjalizacji

Rok szkolenia

Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu

Rok szkolenia

Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Uwagi

Uwagi

Dane osoby wprowadzającej uwagi

Data wprowadzenia uwag

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Kursy w zakresie zdrowia publicznego, ratownictwa medycznego oraz prawa medycznego

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data ukończenia

Data ważności

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Wykonywane zabiegi i procedury medyczne

Procedura (nazwa procedury):

Liczba procedur

Liczba wykonanych procedur

Liczba zaakceptowanych procedur

Kod zabiegu/ procedury medycznej

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Elementy do realizacji wskazane przez konsultanta krajowego

Zaliczenie modułu podstawowego

Nazwa modułu

Moduł podstawowy został zaliczony:

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego
- w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

Potwierdzenie zaliczenia modułu podstawowego

Data zaliczenia

Potwierdzenie

Załączniki

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego

Data zaliczenia

Potwierdzenie

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja