

- Zdravniška zbornica - znak -

LIST ZDRAVNIKA SPECIALIZANTA

Ime in priimek: _____

Privatni naslov: _____

Poštna št., kraj: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Datum rojstva: _____

Državljanstvo: _____

Diploma MF (kraj): _____ Datum: _____

Specialistično usposabljanje:

Datum (od-do)	Bolnišnica, oddelek	Specialnost	Mentor
_____	_____	_____	_____

Program kliničnega izobraževanja in usposabljanja (navedba povprečnega števila ali ure/teden):

Delo v dežurstvu: _____

Nadzorna vizita z mentorjem: _____

Oddelčna nadzorna vizita: _____

Klinične konference: _____

Izobraževanje (seminarji, poročila): _____

Raziskovalno delo: _____

Lastne predstavitve (klinični primeri,

seminarji) za skupino zdravnikov,

šolencev ali drugega osebja: _____