

# Karta Szkolenia Specjalizacyjnego

Imię i nazwisko

Numer karty  
szkolenia specjalizacyjnego

Numer wpisu do rejestru  
osób odbywających szkolenie  
specjalistyczne

Podmiot wydający kartę  
szkolenia specjalizacyjnego

Dziedzina medycyny

Kod dziedziny medycyny

Status

(Dane podstawowe – pierwsza strona)

**Dane osobowe**

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

numer PESEL

Płeć

Dokument  
potwierdzający tożsamość

Nr dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

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

(Dane podstawowe – ciąg dalszy pierwszej strony)

**Uprawnienia zawodowe**

Numer prawa wykonywania  
zawodu, zwanego dalej „PWZ”

Podmiot wydający PWZ

Numer seryjny PWZ

Data wystawienia PWZ

Miejsce wystawienia PWZ

Numer rejestracyjny  
w okręgowej izbie lekarskiej

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 z dnia 5 grudnia 1996 r.  
o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567)
- ☐ skreślenie w wyniku zmiany dziedziny szkolenia specjalizacyjnego

Przedmiot i uzasadnienie decyzji

Organ wydający decyzję

Odwzorowanie cyfrowe decyzji o skreśleniu

**Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Tryb odbywania szkolenia  
specjalizacyjnego

☐ aktualny tryb odbywanego szkolenia specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

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

Tryb odbywania szkolenia  
specjalizacyjnego

☐ aktualny tryb odbywanego szkolenia specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

**Podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Wnioskuję 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 dentysty)*

Data zmiany

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

**Okres szkolenia**

Planowana data rozpoczęcia szkolenia  
specjalizacyjnego

Planowana data zakończenia szkolenia  
specjalizacyjnego

Rzeczywista data rozpoczęcia szkolenia  
specjalizacyjnego

Rzeczywista data zakończenia szkolenia  
specjalizacyjnego

**Jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne**

*Nazwa i adres jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne*

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

☐ Aktualna jednostka  
prowadząca szkolenie  
specjalizacyjne

Nazwa jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Adres jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

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

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Nazwa jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Adres jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Kierownik specjalizacji**

*Dane kierownika specjalizacji*

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

☐ Aktualny kierownik specjalizacji

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

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

*Dane kierownika specjalizacji*

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

☐ Aktualny kierownik specjalizacji

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

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 obowiązywania

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  
obowiązywania

Data końca  
obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Kierownik modułu podstawowego**

**Obecny kierownik modułu podstawowego**

Data początku  
obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

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

Data początku  
obowiązywania

Data końca  
obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

**Jednostka prowadząca staż kierunkowy/podstawowy**

*Nazwa i adres jednostki prowadzącej staż kierunkowy/podstawowy*

Data początku  
obowiązania

Data końca  
obowiązania

☐ Aktualny kierownik  
specjalizacji

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

**Kierownik stażu**

Data początku  
obowiązania

Data końca  
obowiązania

☐ Aktualny kierownik  
stażu

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

**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 dokumentu potwierdzającego przyczynę przedłużenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja



(Adnotacje – ciąg dalszy trzeciej strony)

**Adnotacje o skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

☐ Decyzja pozytywna

☐ Decyzja negatywna

Do dnia

Okres skrócenia  
szkolenia specjalizacyjnego (dni)

Data decyzji

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Program specjalizacji**

Nazwa programu specjalizacji

Grupa zawodowa

Dziedzina medycyny

Numer specjalizacji

Numer wariantu programu specjalizacji

Data obowiązywania od

Data obowiązywania do

Załącznik

**Moduły**

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

(Program specjalizacji – ciąg dalszy czwartej strony)

### 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 wykonywanych 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

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

**Kategoria: Wykaz oraz liczba procedur i zabiegów, które lekarz jest obowiązany wykonać samodzielnie pod nadzorem lub z asystą lekarza specjalisty**

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

**Kurs specjalizacyjny wprowadzający**

Numer kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data zakończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs specjalizacyjny**

Numer kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data zakończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Staż kierunkowy

Nazwa podmiotu prowadzącego staż

Nazwa komórki organizacyjnej

Nazwa stażu

Rok szkolenia

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Staż kierunkowy

Liczba procedur medycznych

Liczba  
wykonanych procedur  
medycznych

Liczba zaakceptowanych  
procedur medycznych

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 dyżurów

Liczba minut dyżuru

Data rozpoczęcia dyżuru

Nazwa komórki organizacyjnej

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja



*(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)*

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**

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 podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

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 medycznych

Liczba  
wykonanych procedur  
medycznych

Liczba zaakceptowanych  
procedur medycznych

Kod zabiegu/procedury  
medycznej

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Elementy do realizacji wskazane przez konsultanta krajowego

*(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)*

**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

## ***Szkolenie uzupełniające wynikające ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju***

### **Kursy ukończone w ramach szkolenia uzupełniającego**

#### **Kurs został zaliczony**

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

### ***Akceptacja***

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

#### **Kurs został zaliczony**

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs został zaliczony**

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs został zaliczony**

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs został zaliczony**

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

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

*(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)*

**Elementy do realizacji wskazane przez konsultanta krajowego**

Potwierdzenie

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja