



IGAZOLÁS

Szigorló Neurológia gyakorlatról

A.	A hallgató személyes adatai (a hallgató tölti ki)	
Vezetéknév:	Utónév:	
E-mail cím:	EHA kód: □ □ □ □ □ □ □ .PTE	
Levelezési cím:	Telefonszám:	

B.	A gyakorlatra vonatkozó adatok (a fogadó intézmény, a gyakorló hely tölti ki):	
Klinika/kórház teljes neve (osztály is!):		
Cím:		
A gyakorlat/gyakorlatrész kezdő és befejező időpontja (kezdő- és végdátum):		
A gyakorlat/gyakorlatrész összegzett időtartama (órában):	A gyakorlatvezető (tutor) neve:	
A gyakorlatvezető (tutor) beosztása:	E-mail címe:	
Telefonszáma:	Fax:	
Tematika Neurológia gyakorlathoz: teljesítendő legalább 3 hét és legalább 120 óra		
<ol style="list-style-type: none">1. A klinikai gyakorlat időtartama 4 hét (120 óra). A gyakorlat alatt maximum 15% hiányzás engedhető meg.2. A klinikai gyakorlat napi 7 óra időtartamú.3. Minden hallgató oktatásáért egy neurológiai szakvizsgával rendelkező orvos (tutor) a felelős. A hallgatóknak követniük kell a szakorvos instrukcióit. Elvárt, hogy a szakorvos által felügyelt betegek eset történetét a hallgatók ismerjék. Szintén elvárt, hogy a hallgatók aktívan résztvegyenek a betegek neurológiai vizsgálatában, a diagnosztikus és terápiás döntések megtervezésében.4. A hallgatóknak meg kell látogatniuk és ismerniük az osztály munkájában segítséget nyújtó diagnosztikai egységeket (CT/MRI, EEG, EMG/ENG, kiváltott válaszok, a. carotis és a. vertebralis ultrahangos vizsgálat, izom és perifériás ideg hisztológiai vizsgálatok, lumbalis liquor vizsgálata)5. Javasolt, hogy a hallgatók hetente két alkalommal vegyenek részt osztályos nagyviziteken és legyen betekintésük az osztályhoz tartozó szakrendelések működésébe.		
<input type="checkbox"/> Igazolom, hogy a hallgató a fenti tematika szerint elvégezte a gyakorlatot.		
<input type="checkbox"/> Igazolom, hogy a hallgató <u>az alábbiak kivételével</u> elvégezte a gyakorlatot:		
Gyakorlatvezető aláírása:		Dátum / Pecsét: