



BEFOGADÓ és ELENGEDŐ NYILATKOZAT

Neurológia gyakorlathoz

A. A Hallgató személyes adatai	
Vezetéknév:	Utónév:
E-mail cím:	Neptun kód:
Levelezési cím:	Telefonszám:

B. A gyakorlatra vonatkozó adatok (a befogadó intézmény tölti ki):	
Klinika/kórház teljes neve (osztály is!):	
Cím:	
Gyakorlat időtartama (-tól/-ig):	
Gyakorlat hossza (órában):	Gyakorlatvezető neve:
Gyakorlatvezető beosztása:	E-mail címe:
Telefonszáma:	Fax:
Tematika Neurológia gyakorlathoz: <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.	
Elfogadom, hogy a hallgató a fenti tematika szerint köteles elvégezni a gyakorlatot.	
Gyakorlatvezető aláírása:	Dátum / Pecsét: