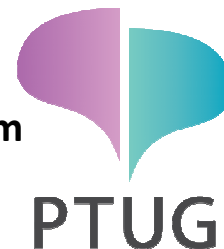


Certyfikat PTUG I

Lekarz Specjalista z Doświadczeniem Uroginekologicznym



Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne
Sekretariat Towarzystwa
ul. Łużycka 19, 30-657 Kraków
tel. i faks: (+48) 12 655 590

Dane osobowe

Numer członkowski PTUG:	
Tytuł/stopień naukowy:	
Imię:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	
Nazwa uczelni, rok ukończenia:	
Doktorat (data):	
Habilitacja (data): <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	
Specjalizacja i data uzyskania: <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	

Adres służbowy

Nazwa zakładu pracy:	
Ulica i numer budynku:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Kraj:	
Numer telefonu:	
Numer faksu:	
Numer telefonu kom.:	
E-mail:	
Stanowisko służbowe:	

Kursy PTUG (dwudniowe)

Kurs podstawowy (nazwa): <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	
Kierownik naukowy:	Miejsce kursu:
Data rozpoczęcia:	Data zakończenia:

Kurs zaawansowany (nazwa): <i>Proszę załączyć kopię dyplomu</i>	
Kierownik naukowy:	Miejsce kursu:
Data rozpoczęcia:	Data zakończenia:

Diagnostyka (100 pacjentów)

Wywiad i badanie kliniczne nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów miednicy mniejszej w ostatnich latach:		Razem 100
	2014	
	2013	
	2012	
	2011	
	2010	
	2009	

100 badań USG narządów miednicy mniejszej, nerek i objętości pęcherza moczowego w ostatnich latach: <i>Proszę załączyć 100 zdjęć z badań USG</i>		Razem 100
	2014	
	2013	
	2012	
	2011	
	2010	
	2009	

Leczenie zachowawcze (100 pacjentów)

Ilość przypadków leczenia zachowawczego <u>nietrzymania moczu</u> w latach: <i>Proszę załączyć 50 kopii konsultacji/wypisów lub potwierdzenie od lekarza PTUG II/III</i>		Razem 50
	2014	
	2013	
	2012	
	2011	
	2010	
	2009	

Ilość przypadków leczenia zachowawczego <u>obniżenia narządów miednicy mniejszej</u> w latach: <i>Proszę załączyć 50 kopii konsultacji/wypisów lub potwierdzenie od lekarza PTUG II/III</i>		Razem 50
	2014	
	2013	
	2012	
	2011	
	2010	
	2009	

Miejsce i data:

Podpis

