

Certyfikat PTUG II Lekarz Specjalista – Operator Uroginekologiczny



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: | |

Konferencje uroginekologiczne lub szkolenie u lekarzy posiadających Certyfikat PTUG III (II)

| | |
|--|-------------------|
| Nazwa konferencji: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i> | |
| Lekarz certyfikowany PTUG III (II): | Data rozpoczęcia: |
| Miejsce konferencji/szkolenia: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i> | Data zakończenia: |

| | |
|--|-------------------|
| Nazwa konferencji: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i> | |
| Lekarz certyfikowany PTUG III (II): | Data rozpoczęcia: |
| Miejsce konferencji/szkolenia: <i>Proszę załączyć kopię potwierdzenia</i> | Data zakończenia: |

Diagnostyka (100 badań urodynamicznych, 200 badań USG)

| | | |
|---|------|------------------|
| 100 badań urodynamicznych wykonanych samodzielnie w ostatnich latach: <i>Proszę załączyć kopie 100 badań urodynamicznych z opisami</i> | | Razem 100 |
| | 2014 | |
| | 2013 | |
| | 2012 | |
| | 2011 | |
| | 2010 | |
| | 2009 | |

| | | |
|---|------|------------------|
| 200 badań USG przypadków chorobowych narządów miednicy mniejszej, nerek i objętości pęcherza moczowego w ostatnich latach: <i>Proszę załączyć 200 zdjęć z badań USG</i> | | Razem 200 |
| | 2014 | |
| | 2013 | |
| | 2012 | |
| | 2011 | |
| | 2010 | |
| | 2009 | |

Leczenie operacyjne (240 operacji)

| | | |
|--|------|------------------|
| 240 operacji naprawczych nietrzymania moczu lub stolca oraz obniżenia narządów miednicy mniejszej jako operator w latach: <i>Proszę załączyć kopie 240 opisów operacyjnych bez podawania nazwisk pacjentów</i> | | Razem 240 |
| | 2014 | |
| | 2013 | |
| | 2012 | |
| | 2011 | |
| | 2010 | |
| | 2009 | |

Data uzyskania Certyfikatu PTUG I: _____

Dodatkowe pole dla Kandydatów do bezpośredniego uzyskania Certyfikatu PTUG II do końca 2016 roku:

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: |

Miejsce i data:

Podpis

