## UNILÄÄKETIETEEN ERITYISPÄTEVYYSKOULUTUS

# KOULUTUSSUUNNITELMA JA HAKEMUS

**NIMI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HETU: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**PVM: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_** *(suunnitelman laatimisen päivämäärä)*

## Erityispätevyyskoulutuksen ohjaus

**Ensisijainen ohjaaja:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ohjaajan nimi ja erikoisala** |  |
| **Milloin ohjaus on alkanut/ alkaa?** |  |
| **Miten ohjaus on järjestetty** (kuinka usein ja miten ohjaus tapahtuu jne.) |  |

**Muut ohjaajat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ohjaajan nimi ja erikoisala** |  |
| **Milloin ohjaus on alkanut/ alkaa?** |  |
| **Miten ohjaus on järjestetty** (kuinka usein ja miten ohjaus tapahtuu jne.) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ohjaajan nimi ja erikoisala** |  |
| **Milloin ohjaus on alkanut/ alkaa?** |  |
| **Miten ohjaus on järjestetty** (kuinka usein ja miten ohjaus tapahtuu jne.) |  |

**KOULUTUSVAATIMUKSET JA SUORITUKSET**

|  |
| --- |
| 1. **1. ERIKOISLÄÄKÄRIN OIKEUDET**
 |
| **SUORITUS** | 1. **a) Erikoislääkärin oikeudet (ala, yliopisto, pvm), tai**
2. **b) Erikoistumissuunnitelma (ala, yliopisto, alku ja arvioitu valmistuminen)**
 |

|  |
| --- |
| 1. **2. KÄYTÄNNÖN KOULUTUS[[1]](#footnote-1)**
 |
| 1. **Palvelu uniklinikassa tai sitä vastaava oman erikoisalan pätevöitymis-palvelu (21 kk)**
 | **Tähän mennessä suoritetut palvelut** (Mainitse a) paikka, b) aika *(pp.kk.vvvv-pp.kk.vvvv)*, c) kouluttaja(t) ja d) miten ohjaus toteutunut ko. jakson aikana) **YHTEENSÄ**  | **Palveluaika (kuukausina)**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_ kk** |
| **Suunnitellut palvelut** (Mainitse a) paikka, b) aika *(pp.kk.vvvv-pp.kk.vvvv)*, c) kouluttaja(t) ja d) miten ohjaus tarkoitus toteuttaa ko. jakson aikana)  | **Palveluaika (kuukausina)****YHTEENSÄ** **\_\_\_\_\_\_\_\_ kk** |
| **Palvelu muulla kuin omalla erikoisalalla (3 kk)** | **Tähän mennessä suoritetut palvelut: paikka, aika** *(pp.kk.vvvv-pp.kk.vvvv)* **ja mahdolliset kouluttaja(t)/ työnohjaus sekä millaisia unihäiriöpotilaita olet hoitanut/tutkinut:** | **Palveluaika (kuukausina)** |
| **Suunnitellut koulutukset: paikka, aika** *(pp.kk.vvvv-pp.kk.vvvv)* **ja mahdolliset kouluttaja(t)/ työnohjaus:** | **Palveluaika (kuukausia)** |
| **Muulla kuin omalla erikoisalalla palvelua korvaava ja muu moduulikoulutus** | **Ilmoita a) moduulikoulutuksen nimi, b) ajankohta, c) kouluttaja(t) ja d) moduulikoulutuksen yhteydessä ilmoitettu laskennallinen palveluaika (kuukausia)** | **Moduuli-koulutukset yhteensä** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kk** |
| **TEOREETTINEN KURSSI-MUOTOINEN KOULUTUS** **(vähintään 75 tuntia).**  | **Jo käydyt koulutukset (Koulutuksen nimi, järjestäjä ja kesto tunteina/ päivinä).** *(Tarvittaessa erillisenä liitteenä.)* | **Tuntia yhteensä** |
| **Jo suunnitellut/ tiedossa olevat koulutukset (Koulutuksen nimi, järjestäjä ja kesto tunteina/ päivinä).** *(Tarvittaessa erillisenä liitteenä.)* | **Tuntia yhteensä** |
| **Kaikille yhteiset (minimi) KNF-tutkimusmenetelmien osaamisvaatimukset** **(Suoritustapa, suorituksen hyväksyjä ja suoritusajankohta)** |  |  |
| **MAHDOLLISET MUUT SUORITUKSET (tai suunnitelma)** |  |  |
| **HYVÄKSYNNÄT JA SUORITUKSET** | 1. **Suunnitelma hyväksytty EPTK:ssa:**

**\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_****(EPTK:n kokous)** 1. **Pääkouluttaja hyväksynyt koulutusvaatimukset suoritetuiksi:**

**\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nimi)**1. **Kirjallinen tentti hyväksytty \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |  |

|  |
| --- |
| **Hakemuksen liitteet**1. Mikäli riittävää selvitystä ei ole sisällytetty pätevöitymissuunnitelmaan, tarvittaessa käytännön palvelujen osalta työsuhdekohtainen selvitys siitä, miten työ on liittynyt unilääketieteeseen (hoidettujen unihäiriöpotilaiden määrät, kuinka montaa eri unihäiriöistä kärsivää potilasta pätevöityjä on hoitanut/ tutkinut, konsultaatiomahdollisuudet, monialakokoukset ja muut monialaisen toiminnan tunnusmerkit, oma roolisi tuossa toiminnassa).
2. Mikäli tarvittavat tiedot eivät ilmene pätevöitymissuunnitelmalomakkeesta, luettelo teoreettiseksi koulutukseksi sopivista koulutustapahtumista osallistumistodistuksineen (muista kuin SUS:n järjestämistä koulutustapahtumista liitteeksi myös ohjelmat, mikäli mahdollista).
3. Julkaisuluettelo tai sen ote unitutkimuksen aihepiiriä koskien.
4. Muut todistukset ja selvitykset, jotka täydentävät hakemusta (esim. selvitys tutkimustyöhön osallistumisesta).
 |

Erityispätevyyshakemus (unilääketiede)

**Suoritettuani vaaditut palvelut, opinnot ja tentin haen unilääketieteen erityispätevyyttä.**

**Paikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pvm: \_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allekirjoitus:**

# SUOSTUMUS

**❑ Annan suostumukseni sille, että nimeni lisätään SUS:n ja Lääkäriliiton sivuille erityispätevyyden omaavien henkilöiden listalle.**

**Paikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pvm: \_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allekirjoitus:**

1. Käytä tarvittaessa liitteitä [↑](#footnote-ref-1)