

**UNILÄÄKETIETEEN ERITYISPÄTEVYYSKOULUTUS****KOULUTUSSUUNNITELMA JA HAKEMUS**

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

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

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

***Erityispätevyyskoulutuksen ohjaus***

Ensisijainen ohjaaja:

<b>Ohjaajan nimi ja erikoisala</b>	
<b>Milloin ohjaus on alkanut/alkaa?</b>	
<b>Miten ohjaus on järjestetty</b> (kuinka usein ja miten ohjaus tapahtuu jne.)	

Muut ohjaajat

<b>Ohjaajan nimi ja erikoisala</b>	
<b>Milloin ohjaus on alkanut/alkaa?</b>	
<b>Miten ohjaus on järjestetty</b> (kuinka usein ja miten ohjaus tapahtuu jne.)	

<b>Ohjaajan nimi ja erikoisala</b>	
<b>Milloin ohjaus on alkanut/alkaa?</b>	
<b>Miten ohjaus on järjestetty</b> (kuinka usein ja miten ohjaus tapahtuu jne.)	

## KOULUTUSVAATIMUKSET JA SUORITUKSET

1. ERIKOISLÄÄKÄRIN OIKEUDET	
SUORITUS	<p>a) Erikoislääkärin oikeudet (ala, yliopisto, pvm), tai</p> <p>b) Erikoistumissuunnitelma (ala, yliopisto, alku ja arvioitu valmistuminen)</p>

2. KÄYTÄNNÖN KOULUTUS <sup>1</sup>		
Palvelu uniklinikassa tai sitä vastaava oman erikoisalan pätevytymis- palvelu (21 kk)	<b>Tähän mennessä suoritettut palvelut</b> (Mainitse a) paikka, b) aika (pp.kk.vvvv-pp.kk.vvvv), c) kouluttaja(t) ja d) miten ohjaus toteutunut ko. jakson aikana)	<b>Palveluaika (kuukausina)</b>
	<b>YHTEENSÄ</b>	_____ kk
	<b>Suunnitellut palvelut</b> (Mainitse a) paikka, b) aika (pp.kk.vvvv-pp.kk.vvvv), c) kouluttaja(t) ja d) miten ohjaus tarkoitus toteuttaa ko. jakson aikana)	<b>Palveluaika (kuukausina)</b>
	<b>YHTEENSÄ</b>	_____ kk

<sup>1</sup> Käytä tarvittaessa liitteitä

Palvelu muulla kuin omalla erikoisalalla (3 kk)	Tähän mennessä suoritettut 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)	Moduulikoulutukset 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)		

<b>MAHDOLLISET MUUT SUORITUKSET (tai suunnitelma)</b>		
<b>HYVÄKSYNNÄT JA SUORITUKSET</b>	<p>1) <u>Suunnitelma</u> hyväksytty EPTK:ssa:  ____ . ____ . _____ (EPTK:n kokous)</p> <p>2) Pääkouluttaja hyväksynyt koulutusvaatimukset suoritetuiksi:  ____ . ____ . _____  _____ (nimi)</p> <p>3) <u>Kirjallinen tentti</u> hyväksytty ____ . ____ . _____</p>	

**Hakemuksen liitteet**

- 1) Mikäli riittävää selvitystä ei ole sisällytetty pätevyymissuunnitelmaan, tarvittaessa käytännön palvelujen osalta työsuhdekohtainen selvitys siitä, miten työ on liittynyt unilääketieteeseen (hoidettujen unihäiriöpotilaiden määrät, kuinka montaa eri unihäiriöistä kärsivää potilasta pätevyitä on hoitanut/ tutkinut, konsultaatiomahdollisuudet, monialakokoukset ja muut monialaisen toiminnan tunnusmerkit, oma roolisi tuossa toiminnassa).
- 2) Mikäli tarvittavat tiedot eivät ilmene pätevyymissuunnitelmalomakkeesta, 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: