

UNILÄÄKETIETEEN ERITYISPÄTEVYYSKOULUTUS**KOULUTUSSUUNNITELMA JA HAKEMUS**

NIMI: _____

HETU: _____

PVM: ____ . ____ . _____ (suunnitelman laatimisen päivämäärä)

Eryityspätevyyskoulutuksen 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. 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 ¹ | | |
|---|--|-------------------------------------|
| Palvelu uniklinikassa tai sitä vastaava oman erikoisalan pätevöitymis- palvelu (21 kk) | <p>Tähän mennessä suoritettut palvelut (Mainitse a) paikka, b) aika (pp.kk.vvvv-pp.kk.vvvv), c) kouluttaja(t) ja d) miten ohjaus toteutunut ko. jakson aikana)</p> <p>YHTEENSÄ</p> | Palveluaika (kuukausina) |
| | _____ kk | |
| | <p>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)</p> | Palveluaika (kuukausina) |
| | | YHTEENSÄ _____ kk |

¹ 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 palvelut: 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 |

| 3. TEOREETTINEN KOULUTUS | | |
|--|---|-----------------|
| TEOREETTINEN KURSSI-MUOTOINEN KOULUTUS (vähintään 75 tuntia). | Jo kädyt koulutukset (Koulutuksen nimi, järjestäjä ja kesto tunteina/ päivinä). (Tarvittaessa erillisenä liitteenä.) | Tuntia yhteensä |
| | 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 | <p>1) Suunnitelma hyväksytty EPTK:ssa:</p> <p>____ . ____ . _____ (EPTK:n kokous)</p> <p>2) Pääkouluttaja hyväksynyt koulutusvaatimukset suoritetuiksi:</p> <p>____ . ____ . _____</p> <p>_____ (nimi)</p> <p>3) Kirjallinen tentti hyväksytty ____ . ____ . _____</p> | |
|-----------------------------------|---|--|

| |
|--|
| Hakemuksen liitteet <ol style="list-style-type: none"> 1) Mikäli riittävää selvitystä ei ole sisällytetty pätevyymissuunnitelmaan, tarvittaessa käytännön palvelujen osalta työsuuhdekohtainen 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: