

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

П А С П О Р Т
бази стажування лікарів-інтернів

1. Назва закладу вищої освіти _____

2. _____

(Назва департаменту / управління охорони здоров'я, якому підпорядкована лікувальна база)

3. _____

(Повна назва бази)

4. _____

(Адреса)

5. Прізвище, ім'я, по батькові керівника закладу охорони здоров'я _____

6. Прізвище, ім'я, по батькові відповідального за проведення інтернатури _____

7. Керівники інтернів:

прізвище, ім'я, по батькові; спеціальність; загальний стаж роботи; стаж по спеціальності;
вчена ступінь та звання; кваліфікаційна категорія _____

8. З яких спеціальностей може проводитись навчання інтернів _____

9. Кількість інтернів, яку можна підготувати на базі _____

10. Загальна характеристика установи: перелік відділень із вказанням кількості ліжок в кожному; наявність рентген-кабінетів, кабінетів функціональної діагностики, біохімічних, клінічних та інш. лабораторій; наявність патологоанатомічного відділення, поліклінічного, перелік дільниць, відділень та кабінетів _____

11. Детальна характеристика відділень, в яких здійснюватиметься підготовка інтернів: обсяг роботи (контингент хворих, об'єм оперативних втручань, обстеження та лікування хворих), обладнання відділень, наявність спеціалізованих відділень, палат, ліжок:

12. Можливість виділення приміщень для проведення занять з інтернами на базі стажування:

13. Можливість забезпечення інтернів житловою площею: _____

14. Доповнення: _____

Керівник закладу охорони здоров'я _____

Представник закладу вищої освіти _____

Представник департаменту охорони здоров'я _____

Дата обстеження «_____» _____ 20_____ р.