

RADIOLÓGIA ALAPSZAKKÉPZÉS

34 hó speciális képzés

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Telefon/fax: Mobil: Email:

Munkáltatója:

Telefon/fax: Email:

Szakgyakorlati idő kezdete (dátum):	Szakgyakorlati idő tervezett befejezése (dátum):
-------------------------------------	--

Letöltendő gyakorlatok:

	Helye:	Ideje:	Tutor neve/aláírása:
21 hó általános röntgen- és ultrahang diagnosztika			
2 hó komplex emlődiagnosztika			
4 hó computer tomographia, benne: 2 hó neuro-radiológia			
3 hó mágneses rezonancia képalkotás, benne: 2 hó neuro-radiológia			
3 hó képalkotó eljárásokkal vezérelt invazív diagnosztika és terápiás intervenció			
1 hó sugárterápia			

A gyakorlati tematika teljesítésének folyamatos ellenőrzése és a munkabér számfejtéséhez szükséges munkavégzést igazoló adatlapok megküldése miatt – **legalább féléves időtartamban, előzetesen kérjük megküldeni** beosztott, és a tutor által ellenjegyzett szakképzési tervét Szak- és Továbbképzési Központunknak. A gyakorlatok **akkreditált képzőhelyeken** töltendőek. Jelen nyomtatvány fogadónyilatkozátként funkcionál, a leckeönyvet nem helyettesíti.