

WZÓR

.....
nazwa i adres organizatora kursu

.....
data wydania karty

KARTA REALIZACJI KURSU W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

.....
imię i nazwisko lekarza

.....
numer prawa wykonywania zawodu

.....
data realizacji kursu

Lp.	Tematyka nauczania	Liczba dni kursu	Zaliczenie kolokwium/ sprawdzianu TAK/NIE	Podpis prowadzącego zajęcia
1	Informacja medyczna i bezpieczeństwo pacjenta	1 dzień		
2	Komunikacja lekarz – pacjent	1 dzień		
3	Organizacja udzielania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej	2 dni		
4	Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego w podstawowej opiece zdrowotnej	1 dzień		
5	Jakość i bezpieczeństwo świadczeń opieki zdrowotnej	1 dzień		
6	Procedury medyczne	4 dni		