

Karta kursu specjalistycznego nr

Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. II

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. PESEL¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adres do korespondencji

		-			
--	--	---	--	--	--

- (kod) (mięscowosc)
-
- (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)
- Nr telefonu ²⁾ adres e-mail ²⁾
7. Tytuł zawodowy ³⁾ pielęgniarka/pielęgniarsz położna/położny położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego ⁴⁾
..... wydane przez
- (rok wydania)
9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--
10. Wykształcenie ⁵⁾
średnie zawodowe
licencjat pielęgniarstwa licencjat położnictwa licencjat w innej dziedzinie magister pielęgniarstwa
magister położnictwa magister w innej dziedzinie stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora
habilitowanego
11. Nazwa i adres miejsca pracy
.....
.....
12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia
.....
13. Data rozpoczęcia kursu specjalistycznego 10.04.2021 r.
14. Kierownik kursu specjalistycznego Jerzy Krukowski
(imię i nazwisko)

15. Przebieg szkolenia teoretycznego

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
1	Główne zasady terapii z zastosowaniem produktów leczniczych	15		
2	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	5		
3	Zasady i tryb wystawiania recept	5		
4	Aspekty prawne i odpowiedzialność zawodowa	5		
Razem liczba godzin		30		

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/nie zaliczono¹⁾

(data)

.....
(podpis kierownika kursu specjalistycznego)

(dotyczy postaci papierowej)

16. Przebieg szkolenia praktycznego

Główne zasady terapii z zastosowaniem produktów leczniczych – 8 godz.

Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego – 4 godz.

Zasady i tryb wystawiania recept – 2 godz.

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od - do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
1	(pełna nazwa i pełny adres)	(2 dni)	14		
Razem liczba godzin			14		

Szkolenie praktyczne – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾

(data) (podpis kierownika kursu specjalistycznego)
(dotyczy postaci papierowej)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾

(data) (podpis i pieczęć organizatora kształcenia)
(dotyczy postaci papierowej)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny

Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. II

(nazwa kursu)

prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowany przez

Nursikom Jerzy Krukowski, ul. Wielewska 6/5, 89-600 Chojnice

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia) (dotyczy postaci papierowej)