



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 1 października 2026 r.

Poz. 1286

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 29 września 2026 r.

w sprawie określenia wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza” oraz wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty”

Na podstawie art. 15f ust. 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, 203 i 791) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór dokumentu:

- 1) „Karta stażu podyplomowego lekarza” jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty” jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Wzory określone w niniejszym rozporządzeniu stosuje się do stażu podyplomowego lekarza i stażu podyplomowego lekarza dentysty rozpoczętych po dniu 30 września 2026 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *K. Kęcka*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 29 września 2026 r. (Dz. U. poz. 1286)

Załącznik nr 1

WZÓR

KARTA STAŻU PODYPŁOMOWEGO LEKARZA

		Nr																					
Imię i nazwisko lekarza stażysty																							
Data urodzenia		Numer prawa wykonywania zawodu																					
<table><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-			-					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		-			-																		
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej / Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru																					
		<table><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-			-														
		-			-																		
w																							
Data	Podpis i pieczęć Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej / Wojskowej Rady Lekarskiej																						
Pieczęć podmiotu uprawnionego		Numer wpisu na listę marszałka województwa																					
Nazwa podmiotu uprawnionego																							
Adres																							
<table><tr><td>Okres zatrudnienia</td><td>od</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>				Okres zatrudnienia	od			-			-			do			-			-			
Okres zatrudnienia	od			-			-			do			-			-							
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																						

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-					do			-			-			
		-			-					do			-			-					
z powodu																					
Staż został przedłużony od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-					do			-			-			
		-			-					do			-			-					
z powodu																					
Staż został przedłużony od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-					do			-			-			
		-			-					do			-			-					
z powodu																					
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																				
Nazwa podmiotu uprawnionego																					
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego																					
w okresie od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-					do			-			-			
		-			-					do			-			-					
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego																				

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych		od		do				
Imię i nazwisko opiekuna								
Odbił szkolenie z transfuzjologii klinicznej w terminie: od do	Pieczętka regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie							
Złożył sprawdzian z transfuzjologii klinicznej	Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian							
Odbił szkolenie z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w terminie: od do	Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie							
Złożył sprawdzian z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV	Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian							
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna							
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna							
Złożył kolokwium końcowe								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Data</td> <td style="width: 55%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table>		Data			Pieczętka oddziału			
Data								
Pieczętka oddziału		Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)						

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Wklucie dożylnie i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulacji żył	
Dożylnie przetaczanie krwi i innych płynów	
Badanie EKG	
Nakłucie opłucnej i otrzewnej	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Pobranie materiału do badań mikrobiologicznych	
Płukanie żołądka	
Pomiar i interpretacja wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, w tym pomiar ciśnienia na kostce	
Pomiar glikemii	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego z zakresu pediatrii	od		do	
Imię i nazwisko opiekuna				
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątką i podpis opiekuna			
Termin stażu cząstkowego z zakresu neonatologii	od		do	
Imię i nazwisko opiekuna				
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe				
Data				
Pieczątką oddziału	Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu ogólnego niemowlęcia i dziecka starszego z uwzględnieniem badania otoskopowego i pomiaru ciśnienia krwi	
Pielęgnacja i karmienie niemowlęcia	
Zbieranie wywiadu od rodziny dziecka	
Prowadzenie resuscytacji i udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia u dzieci	
Ocena rozwoju psychoruchowego i psychicznego niemowlęcia i dziecka starszego	
Ocena rozwoju fizycznego i na siatkach centylowych niemowlęcia i dziecka starszego	
Ocena dojrzałości płciowej	
Badanie neurologiczne niemowlęcia i dziecka starszego	
Wykonanie wkłucia dożylnego i pobrania krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego	
Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego do badania przy podejrzeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych	
Pobranie materiałów do badań mikrobiologicznych	
Założenie zgłębnika do żołądka lub odbyticy i cewnika do pęcherza moczowego	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie: 1) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar; 2) ocena dojrzałości noworodka; 3) resuscytacja noworodka.	
Wykonywanie testów przesiewowych u noworodka	
Rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia	
Pielęgnacja i karmienie noworodka	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału		Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego	
Chirurgiczne opracowanie i zeszycie niewielkich ran	
Znieczulenie miejscowe	
Postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
Dożylne przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych	
Postępowanie przy oparzeniach	
Badanie <i>per rectum</i> i ocena gruczołu krokowego	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ**

Termin stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Termin stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału		Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ****UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:

- 1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzrządowymi;
- 2) intubacja dotchawicza;
- 3) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe itp.);
- 4) udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii;
- 5) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej;
- 6) defibrylacja elektryczna i kardiowersja;
- 7) pośredni masaż serca;
- 8) wykonanie centralnego dostępu dożylnego;
- 9) resuscytacja płynowa;
- 10) odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej.

Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:

- 1) zabezpieczanie ранego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu;
- 2) podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu;
- 3) unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego;
- 4) unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku;
- 5) tamowanie krwotoków.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym

Zaopatrywanie ran powierzchownych

Zasady znieczuleń przewodowych i analgosedacji w szpitalnych procedurach ratunkowych

Zasady postępowania w porodzie nagłym

Data

Pieczęć i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ**

**KURS PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE CZYNNOŚCI RATUNKOWE
ALS/BLS**

W

Termin kursu

Imię i nazwisko wykładowcy

Odbył kurs określony programem i wykazał się znajomością podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych ALS/BLS.

Data

Pieczętka i podpis

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Zapoznał się z organizacją i metodami praktyki lekarza rodzinnego		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką poradni / zakładu leczniczego		Pieczątką i podpis kierownika poradni / zakładu leczniczego			

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Badanie niemowlęcia i małego dziecka	
Wykonanie badania bilansowego dzieci w różnym wieku	
Kwalifikacja do szczepień dzieci i dorosłych	
Przeprowadzenie porady laktacyjnej	
Przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej	
Przeprowadzenie porady profilaktycznej u pacjenta dorosłego	
Przeprowadzenie porady edukacyjnej	
Ocena kliniczna bólu z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi	
Badanie stanu psychicznego z wykorzystaniem wystandaryzowanych skal i kwestionariuszy, mających zastosowanie w podstawowej opiece zdrowotnej	
Podstawowe badanie neurologiczne (badanie nerwów czaszkowych, badanie odruchów, badanie układu ruchu, objawy oponowe, badanie czucia)	
Badanie otoskopowe	
Wziernikowanie nosa (rynoskopia przednia)	
Orientacyjne badanie ostrości wzroku	
Orientacyjne badanie pola widzenia	
Badanie <i>per rectum</i> , w tym ocena gruczołu krokowego	
Usuwanie szwów i drenów	
Usuwanie woskowiny z ucha	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Zakładanie opatrunków	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (1)

.....

(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

.....

(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

(Wpisać umiejętności i czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie)	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (3)

.....

(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (3)

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

<i>(Wpisać umiejętności lub czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie)</i>	
Data	Pieczątką i podpis opiekuna
UWAGI:	

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej	
Data	Pieczątka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu	
Data	Pieczątka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym	
Data	Pieczętka i podpis

**SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU
ZAWODOWEMU**

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	
Data	Pieczętka i podpis

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza**w okresie od****do****oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany**

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu

WZÓR

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

										Nr																																															
Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty																																																									
Data urodzenia										Numer prawa wykonywania zawodu																																															
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													-				-												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
			-				-																																																		
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej / Wojskowej Izby Lekarskiej										numer rejestru																																															
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													-				-																																								
			-				-																																																		
w																																																									
Data										Podpis i pieczęć Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej / Wojskowej Rady Lekarskiej																																															

Pieczęć podmiotu uprawnionego										Numer wpisu na listę marszałka województwa																																		
Nazwa podmiotu uprawnionego																																												
Adres																																												
<table border="1"><tr><td colspan="2">Okres zatrudnienia</td><td colspan="2">od</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				Okres zatrudnienia		od				-			-				do				-			-				
Okres zatrudnienia		od				-			-				do				-			-																								
Data										Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																																		

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-					do			-			-				
		-			-					do			-			-						
z powodu																						
Staż został przedłużony od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-					do			-			-				
		-			-					do			-			-						
z powodu																						
Staż został przedłużony od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-					do			-			-				
		-			-					do			-			-						
z powodu																						
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																					
Nazwa podmiotu uprawnionego																						
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego																						
<table border="1"><tr><td>w okresie od</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		w okresie od			-			-				do			-			-				
w okresie od			-			-				do			-			-						
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego																					

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

Termin stażu cząstkowego z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Diagnozowanie i ocena aktywności zmian próchnicowych w zębach stałych, zlokalizowanych na różnych powierzchniach z uwzględnieniem użycia nowoczesnych metod detekcji
Planowanie postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby
Postępowanie diagnostyczne w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji
Nieinwazyjne i inwazyjne leczenie zmian próchnicowych z uwzględnieniem użycia metod oszczędzających twarde tkanki zęba i odpowiednich materiałów stomatologicznych
Postępowanie profilaktyczne i lecznicze ubytków niepróchnicowego pochodzenia zmineralizowanych tkanek zęba (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego, erozie)
Postępowanie diagnostyczne i lecznicze w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych (ekstirpacja miazgi w znieczuleniu, biomechaniczne opracowanie kanałów korzeniowych, wypełnienie kanałów korzeniowych ćwiekami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych)
Diagnostyka i postępowanie lecznicze w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych
Stosowanie diagnostyki radiologicznej wewnątrzustnej i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania
Diagnozowanie i usuwanie przebarwień zębów
Prowadzenie instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz ocena uzyskanych efektów
Stosowanie profesjonalnych metod profilaktyki próchnicy i zapaleń dziąseł (profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego, mechaniczne usuwanie płytki nazębnej, stosowanie lakierów i żeli fluorkowych, stosowanie lakierów chlorheksydynowych i uszczelniaczy bruzd)
Planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

Termin stażu cząstkowego
z zakresu stomatologii
dziecięcej

od		do	
----	--	----	--

Imię i nazwisko opiekuna

Odbył staż cząstkowy
zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

Złożył kolokwium końcowe

Data		
-------------	--	--

Pieczętka oddziału

Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego
oddziałem)

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena wieku zębowego	
Diagnozowanie zaburzeń oraz wad rozwojowych w uzębieniu mlecznym i stałym	
Diagnozowanie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oceną aktywności oraz indywidualnych czynników ryzyka choroby próchnicowej	
Planowanie i wykonywanie profesjonalnych zabiegów profilaktycznych w zębach mlecznych i w zębach stałych	
Leczenie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oszczędzającymi metodami opracowania ubytków oraz zastosowaniem właściwych materiałów do wypełnień	
Postępowanie lecznicze w chorobach miazgi zębów mlecznych	
Leczenie chorób miazgi w zębach stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzenia	
Postępowanie w pourazowych uszkodzeniach zębów stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzeni	
Wykonywanie zabiegów endodontycznych	
Zastosowanie oraz interpretacja badań radiologicznych wewnątrzustnych i zewnątrzustnych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii stomatologicznej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału		Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Zastosowanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej	
Znieczulenie nasiękowe i przewodowe wewnętrzne i zewnętrzne w zakresie części twarzowej czaszki	
Wykonanie ekstrakcji zębów jednokorzeniowych i wielokorzeniowych	
Wykonanie zabiegu chirurgicznego zaopatrzenia zębodołu po ekstrakcji zębów	
Wykonanie nacięcia powierzchniowych ropni zębopochodnych wewnętrznych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu protetyki stomatologicznej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału		Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Opanowanie umiejętności i czynności klinicznych niezbędnych podczas zastosowania klinicznego wkładów koronowych i koronowo-korzeniowych, koron lanych oraz płytowych protez częściowych i całkowitych, jak również naprawy wyżej wymienionych protez

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHOROÓB BŁONY ŚLIZOWEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu periodontologii i chorób błony śluzowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył szkolenia z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w terminie: od do			Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie		
Złożył sprawdzian z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV			Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHORÓB BŁONY ŚLUZOWEJ

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia)

Opanowanie metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia

Wykonanie skalingu naddziąsłowego i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu

Korekta innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia

Interpretacja wyników badań laboratoryjnych

Data

Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ORTODONCJI

Termin stażu cząstkowego z zakresu ortodoncji		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ORTODONCJI
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Postępowanie diagnostyczne w nabytych wadach zgryzu:

- 1) badanie kliniczne z oceną czynności narządów jamy ustnej;
- 2) wskazania do zlecenia badań dodatkowych, w tym rentgenogramów.

Wykonanie modeli diagnostycznych, ustalenie wzorca zgryzu nawykowego, pośrednia ocena zgryzu na podstawie modeli

Analiza rentgenogramów: ortopantomograficznych i odległościowych bocznych głowy

Leczenie w okresie uzębienia mlecznego i mieszanego z użyciem standardowych aparatów lub protez ortodontycznych

Asystowanie podczas leczenia wad zgryzu

Wykonanie procedur niezbędnych do naprawy zdejmowanego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia

Zdjęcie elementów stałego aparatu ortodontycznego w przypadku jego uszkodzenia

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	
Data	Pieczątka i podpis

KURS W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył kurs określony programem i wykazał się wiedzą w dziedzinie medycyny ratunkowej	
Data	Pieczątka i podpis

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA DENTYSTY

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

Odbił przewidziany programem staż podyplomowy lekarza dentysty

w okresie od

do

oraz złożył wymagane sprawdziany i kolokwia

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu