

PRILOG II.

OBRAZAC PRIPRAVNIČKE KNJIŽICE DOKTORA
DENTALNE MEDICINE

**Priravnika knjizica
doktora dentalne medicine**

Fotografija
4,5 x 5

(vlastoručni potpis pripravnika/ice)

Ime i prezime _____
(navesti ime i prezime pripravnika/ice)

Priravnika staz započeo/la _____
(navesti datum)

Zdravstvena ustanova/trgovačko društvo/druga pravna osoba/nositelj privatne prakse

(navesti naziv zdravstvene ustanove/trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatne prakse koji je doktora dentalne medicine primio na pripravnički staz)

Mentor/ica _____
(navesti ime i prezime)

M. P.

(potpis i faksimil*)

* ovrjava ravnatelj zdravstvene ustanove, nositelj privatne prakse, odnosno odgovorna osoba u trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost i drugoj pravnoj osobi, koja je pripravnika primila na pripravnički staz.

**Redosljed provođenja Plana i programa
priravnika staza**

2 stranice		
Dio programa pripravničkog staza <small>(navesti naziv)</small>		
Trajanje	<small>od (navesti datum)</small>	
	<small>do (navesti datum)</small>	
Obavljanje programa u	ustanova	
	stručna jedinica	
Voditelj stručne jedinice	ime i prezime	
	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	
Mentor/ica	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	
Dio programa pripravničkog staza <small>(navesti naziv)</small>		
Trajanje	<small>od (navesti datum)</small>	
	<small>do (navesti datum)</small>	
Obavljanje programa u	ustanova	
	stručna jedinica	
Voditelj stručne jedinice	ime i prezime	
	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	
Mentor/ica	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	
Dio programa pripravničkog staza <small>(navesti naziv)</small>		
Trajanje	<small>od (navesti datum)</small>	
	<small>do (navesti datum)</small>	
Obavljanje programa u	ustanova	
	stručna jedinica	
Voditelj stručne jedinice	ime i prezime	
	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	
Mentor/ica	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	
Dio programa pripravničkog staza <small>(navesti naziv)</small>		
Trajanje	<small>od (navesti datum)</small>	
	<small>do (navesti datum)</small>	
Obavljanje programa u	ustanova	
	stručna jedinica	
Voditelj stručne jedinice	ime i prezime	
	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	
Mentor/ica	potpis <small>(potvrda uredno obavijenog programa)</small>	

Završno mišljenje mentora/ice o savladanom programu pripravničkog staža i stečenim kompetencijama doktora dentalne medicine:

Pripravnički staž pripravnik/ica je završio/la _____
(navesti datum)

M. P.

(potpis i faksimil mentora/ice)

Ime i prezime _____
(navesti ime i prezime pripravnika/ice)

Pripravnički staž započeo/la _____
(navesti datum)

Zdravstvena ustanova/trgovačko društvo/druga pravna osoba/nositelj privatne prakse

(navesti naziv zdravstvene ustanove/trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatne prakse koja je doktora dentalne medicine primila na pripravnički staž)

Mentor/ica _____
(navesti ime i prezime)

* UPUTE za popunjavanje nalaze se na mrežnim stranicama Ministarstva zdravlja, www.miz.hr

PRILOG III.

OBRAZAC DNEVNIKA RADA DOKTORA DENTALNE MEDICINE NA PRIPRAVNIČKOM STAŽU

DNEVNIK RADA

doktora dentalne medicine na pripravničkom stažu

Evidencija
dnevni aktivnosti pripravnika

20 stranica

Dio pripravničkog staža _____

Zdravstvena ustanova/trgovačko društvo ili druga pravna osoba/privatna praksa _____

Stručna jedinica _____

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>

Upitnik
samoprocjene pripravnika

UPITNIK ZA SAMOPROCJENU PRIPRAVNIKA (na kraju obavljenog pripravničkog staža)

Mjesto održavanja samoprocjene (ustrojstvena jedinica zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe/ privatna praksa):

	Jako loše	Prilično loše	Prosječno	Prilično dobro	Izvršno	*
Komuniciram s pacijentom	1	2	3	4	5	NMP
Komuniciram s obitelji/pratnjom pacijenta	1	2	3	4	5	NMP
Komuniciram s medicinskim osobljem	1	2	3	4	5	NMP
Samostalno pregledavam bolesnika	1	2	3	4	5	NMP
Moje kliničke vještine su	1	2	3	4	5	NMP
Posjedujem sposobnost kliničkog prosuđivanja	1	2	3	4	5	NMP
Sposoban sam predložiti potrebne dijagnostičke pretrage	1	2	3	4	5	NMP
Sposoban sam predložiti odgovarajuće liječenje	1	2	3	4	5	NMP
Vodim medicinsku dokumentaciju	1	2	3	4	5	NMP
Svjestan sam psihosocijalnih učinaka bolesti	1	2	3	4	5	NMP
Svjestan sam vlastitih nedostataka i ograničenja	1	2	3	4	5	NMP

*NMP – Nisam u mogućnosti procijeniti

Datum _____

Potpis pripravnika _____

Upitnik

provjere usvojenih kompetencija

Dobro obavljeno (primjeri)						
Područja u kojima je potreban nadzor						
Savjeti za postizanje veće samostalnosti						
Potrebna razina nadzora pripravnika	Pripravniku je bio potreban neprekidan nadzor		Pripravniku je potreban povremeni nadzor		Pripravnik je osposobljen da samostalno i ispravno poduzima sve radnje bez izravnog nadzora	
	0	1	2	3	4	5
0. Pripravnik nije uputno ostaviti bez nadzora 1. Pripravnik je moguće ostaviti bez nadzora, ali samo na određeno vremensko razdoblje 2. Pripravnik primjećuje značajnije probleme o kojima pravovremeno obavještava nadležnog dr. dent. med.; potrebno ga je nadzirati u pravilnim vremenskim razmacima 3. Kao pod 2. uz to što se od pripravnika očekuje samoinicijativni pokušaj rješavanja problema, a nadležnog dr. dent. med. zove tek onda ako njegova rješenja ne pomažu pacijentu 4. Ispitivač smatra da je dijagnostičko terapijski plan pripravnika dobar i savjetuje ga po potrebi 5. Kao pod 4. uz to što nadležni dr. dent. med. smatra kako nema potrebe za dodatnim savjetovanjem pripravnika						
Opisne napomene pripravnika						

Datum _____

Mjesto provjere (stručna jedinica zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatna praksa): _____

Potpis pripravnika _____ Potpis i faksimil mentora _____

UPITNIK ZA PROCJENU NAPREDOVANJA PRIPRAVNIKA U USVAJANJU KOMPETENCIJA (pri kraju staža procjenjuje mentor)

Povratne informacije i bilješke						
Status pacijenta (mentor ukratko opise)						
Dijagnoza bolesnika						
Stupanj složenosti slučaja	Nizak		Umjeren		Visok	
	0	1	2	3	4	5
Usvojene kompetencije	Pripravnik navedene postupke izvodi					
	Uz značajnu pomoć	Samostalno, ali ne rutinski (uz malu pomoć)		Rutinski bez potrebne pomoći		Nije moguća procjena
Klinička znanja	Pokazuje odgovarajuća znanja i razumijevanja vezana uz slučaj					
Anamneza	Uzima odgovarajuće podatke za procjenu stanja pacijenta i uspješno ih prikazuje					
Klinički pregled	Obavlja potpun i odgovarajući pregled pacijenta i prikazuje dobro dokumentirani nalaz					
Planiranje	Određuje odgovarajući klinički plan pokazujući razumijevanje relevantnih pitanja vezanih za pacijenta, postupak, patologija itd.					
Organizacija / učinkovitost	Učinkovito koristi vrijeme i prostor					
Dokumentacija	Sveobuhvatno, sažeto i čitljivo dokumentira relevantne informacije					
Komunikacija s pacijentom	Razvija odnos i povjerenje; sintetizira i prenosi relevantne informacije; razvija zajedničko razumijevanje pitanja, problema i planova					
Komunikacija s timom	Učinkovito i prikladno surađuje sa zdravstvenim timom (i unutar njega)					
Smanjenje rizika od pogreške	Djeluje u skladu s relevantnim algoritmima i protokolima					
Opisne napomene mentora						

Upitnik

procjene profesionalnog ponašanja pripravnika

PRILOG IV.

OBRAZAC PRIJAVE ZA POLAGANJE STRUČNOG
ISPITA

PODACI O DOKTORU DENTALNE MEDICINE (PRIPRAVNIKU)	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Mjesto rođenja	
Adresa i broj telefona	
PRILOZI (original ili ovjereni preslik)	
Dokaz o formalnoj osposobljenosti (diploma, svjedodžba i druga javna isprava koju je izdalo nadležno tijelo države ugovornice EGP-a odnosno treće države)	
Rješenje o priznavanju stručne kvalifikacije	
Dnevnik rada	
Pripravnička knjižica	
Potvrda o obavljenom pripravničkom stažu	
Drugi dokazi propisani Pravilnikom o pripravničkom stažu doktora dentalne medicine	

NAPOMENA: Prijava za polaganje stručnog ispita podnosi se Ministarstvu zdravlja najranije 30 dana prije isteka pripravničkog staža.

Ovu prijavu podnosim Ministarstvu zdravlja i prilažem dokaze iz članka 13. Pravilnika o pripravničkom stažu doktora dentalne medicine, radi izdavanja rješenja iz članka 14. stavka 1. Pravilnika kojim mi se odobrava polaganje stručnog ispita.

U _____, _____ 20__.

(vlastoručni potpis doktora dentalne medicine)

PRILOG V.

OBRAZAC ZAPISNIKA O POLAGANJU STRUČNOG
ISPITA DOKTORA DENTALNE MEDICINE

REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

ZAPISNIK

o polaganju stručnog ispita za doktore dentalne medicine održanog dana _____

Ispitni predmet: _____

Ispitivač: _____

Red. br.	Prezime i ime kandidata	Pitanja	Uspjeh*

* P – položio

* NP – nije položio

Ispitivač: _____

PRILOG VI.

OBRAZAC UVJERENJA O POLOŽENOM
STRUČNOM ISPITU

REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

ISPITNA KOMISIJA _____

KLASA: _____

URBROJ: _____

BROJ EV: _____

Na temelju članka 132. Zakona o zdravstvenoj zaštiti («Narodne novine» broj, 150/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 12/2012, 35/2012 – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske, 70/2012 i 82/2013) i članka 24. stavka 1. Pravilnika o pripravničkom stažu doktora dentalne medicine, Ministarstvo zdravlja izdaje

UVJERENJE
o položenom stručnom ispitu

(ime i prezime)

rođen/a _____

(datum)

(mjesto)

(država)

nakon uspješno završenog pripravničkog staža propisanog za doktora dentalne medicine

polagao/la je dana _____ stručni ispit pred ispitnom komisijom Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske.

Ispitna komisija je ocijenila da je pripravnik/ca položio/la stručni ispit za

U _____ dana _____ 20__

Ministar