

Prihláška za člena Slovenskej kardiologickej spoločnosti

Priezvisko:	Tituly:
Meno:	Dátum narodenia:
Adresa trvalého bydliska (miesto a PSČ, ulica a číslo):	
Adresa pracoviska (názov pracoviska, miesto a PSČ, ulica a číslo):	

Poštové zásielky si želám zasielať na adresu: (označte X) pracoviska bydliska

Chcem byť členom pracovnej skupiny/skupín: (označte X)									
akútnej kardiológie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	pediatrickej kardiológie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie				
pre arytmie a kardiostimuláciu	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	preventívnej kardiológie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie				
invazívnej kardiológie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	pre kardiovaskulárnu rehabilitáciu	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie				
neinvazívnej kardiológie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	pre srdcové zlyhanie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie				
neštátnych kardiológov	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	transplantácie srdca a plúc	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie				
chlopňových a vrodených chýb v dospelom veku	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie							

Dosiahnuté odborné vzdelanie (označte X alebo doplňte údaje):									
Lekárska fakulta:	<input type="checkbox"/> absolvent	<input type="checkbox"/> študent	rok promócie 19.....	iná vysoká škola					
Atestácia I. st :	<input type="checkbox"/> interná	<input type="checkbox"/> pediatrická	<input type="checkbox"/> chirurgická	iná					
Atestácia II. st.:	<input type="checkbox"/> interná	<input type="checkbox"/> pediatrická	<input type="checkbox"/> chirurgická	iná					
Špecializačná atestácia z kardiológie:	<input type="checkbox"/> áno	v roku 19.....	<input type="checkbox"/> nie						
Vedecko-pedagogické hodnosti:	<input type="checkbox"/> CSc./PhD.	<input type="checkbox"/> DrSc. <input type="checkbox"/> Doc.	<input type="checkbox"/> Prof.	iné					

Terajšie pracovné zaradenie (označte X alebo doplňte údaje):									
Nemocničné oddelenie/klinika:	<input type="checkbox"/> sekundárny lekár	<input type="checkbox"/> vedúci odd.	<input type="checkbox"/> primár	<input type="checkbox"/> prednosta					
	iné								
Ambulancia:	<input type="checkbox"/> praktický lekár	<input type="checkbox"/> pediater	<input type="checkbox"/> internista	<input type="checkbox"/> kardiológ					
	<input type="checkbox"/> odd. funkčnej diagnostiky	<input type="checkbox"/> iné							

Vyšetrovacie metódy, ktoré ovládam a vykonávam v rámci svojho pracovného zaradenia (označte X alebo doplňte údaje):									
* Neinvazívne:	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> záfažový EKG test	<input type="checkbox"/> 24-h monitorovanie EKG	<input type="checkbox"/> 24-h monitorovanie TK					
	<input type="checkbox"/> echokardiografia srdca	<input type="checkbox"/> neskoré komorové potenciály	<input type="checkbox"/> neinvazívne angiologické vyšetrenia						
	iné.....								
* Invazívne:	<input type="checkbox"/> dočasná kardiostimulácia	<input type="checkbox"/> implantácia KS, ICD	<input type="checkbox"/> pravostranná katetrizácia	<input type="checkbox"/> EMB					
	<input type="checkbox"/> koronarografia	<input type="checkbox"/> PTCA	<input type="checkbox"/> invazívne elektrofiziologické vyšetrenie	<input type="checkbox"/> RFKA					
	iné.....								

Pripomienky, návrhy, doplnky (ak nestačí strana, priložte ďalší list papiera):

Dátum

Podpis člena

Prihlášku zasielajte na adresu: Sekretariát SKS, SÚSCH, Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava