Załącznik nr 3 WZÓR

**WNIOSEK (3)**

**do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii**

Proszę o przyznanie Dyplomu Umiejętności Wykonywania Kolonoskopii

**I. Dane Wnioskodawcy**

1. Nazwisko i imię .......................................................... PESEL................................

2. Adres..........................................................................................................................

telefon.................................... e-mail.................................................

3. Miejsce zatrudnienia i stanowisko..............................................................................

4. Posiadam specjalizację z ......................................................................

5. Data uzyskania specjalizacji ...........................

**II. Informacje o odbytych szkoleniach**

1. Podstawowe szkolenie w kolonoskopii odbyłem w (ośrodek, rok)................................................. ..........................................................................................................................................................

2. Moim nauczycielem był...............................................................................................................

3. Informacje o dodatkowych szkoleniach (miejsce, data, szkolący; dołączyć zaświadczenia)

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

**III. Informacje o wykonywanych procedurach endoskopowych**

1. Opisać historię wykonywania kolonoskopii (lata wykonywania, lata przerwy)..................................

.......................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

2. Rocznie wykonuję przeciętnie ........ badań

3. W roku poprzedzającym złożenie wniosku wykonałem ......... badań

4. Informacje o wykonywanych zabiegach (polipektomie, beamer argonowy) (podać rodzaj, liczby

zabiegów, miejsce szkolenia i nazwisko nauczyciela)....................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

**IV. Informacje dotyczące wykonywania kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych**

1.Wykonuję kolonoskopie przesiewowe w ośrodku (ach) (podać kod(y) ośrodków i lata):

...................................................................................................................................................

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i na ich potwierdzenie mogę okazać odpowiednie dokumenty.

Miejscowość, data ............................................... podpis i pieczątka wnioskodawcy

**V. Oświadczenie krajowego koordynatora Programu Badań Przesiewowych:**

Oświadczam, że kolonoskopie wykonywane przez Wnioskodawcę znajdują się w centralnej w bazie danych.

Liczba wykonanych badań w ramach programu: .... w latach ..........

Osiągalność kątnicy: .... % Wykrywalność gruczolaków u kobiet: .....,% u mężczyzn ......%

Kompletność danych: zadowalająca / niezadowalająca

Powyższe dane upoważniają / nie upoważniają do wydania Dyplomu Umiejętności z Kolonoskopii

Miejscowość i data ......................................... podpis koordynatora PBP......................................