**REZIDENTŪROS BAZĖS VERTINIMO ANKETA**

Tikslus įstaigos pavadinimas: ..............................................................................................

Rezidentūros studijų programos pavadinimas: **Vaikų odontologija**

Anketos užpildymo data: ...............-........-........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eil.****Nr.** | **Vertinami rodikliai** | **Rodiklis asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje, pretenduojančioje tapti vaikų odontologijos rezidentūros praktikos baze** |
| **1.** | **Įstaigos struktūra*** kabinetai, tiesiogiai susiję su rezidentūros studijų programa,
* vidutinis. apsilankymų sk. per metus ambulatoriniuose kabinetuose
* prisirašiusių pacientų skaičius
 |  |
| **2.** | **Personalas.** pažymėti ar įrašyti specialistus ir jų skaičių | □ gydytojas odontologas (skaičius ..... ) |
| □ gydytojas vaikų odontologas (skaičius ..... ) |
| □ gydytojas odontologas ortopedas (skaičius ..... ) |
| □ gydytojas endodontologas (skaičius ..... ) |
| □ gydytojas periodontologas (skaičius ..... ) |
| □ gydytojas ortodontas (skaičius ..... ) |
| □ gydytojas burnos, veido ir žandikaulių chirurgas (skaičius ..... ) |
| □ burnos higienistas (skaičius ..... ) |
| □ gydytojo odontologo padėjėjas (skaičius ..... ) |
| □ kiti (išvardinti ir nurodyti skaičių): |
| **3.** | **Gydytojai, pretenduojantys būti rezidentų vadovais** vardas pavardė, licencijos, sertifikatai, darbo stažas pagal nurodytą kvalifikaciją metais |  |
| **4.** | **Ambulatoriškai konsultuojamų ir gydomų pacientų iki 18 metų amžiaus skaičius per metus** |  |
| **5.** | **Prieinami diagnostiniai tyrimo metodai**. **Turima įranga** |  |
| **7.** | **Įstaigos santykis su kitomis pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas****teikiančiomis struktūromis** |  |
| **8.** | **Sąlygos rezidentų darbui ir studijoms*** galimybė naudotis kompiuteriu ir internetu,
* gaunami periodiniai mokslo ir medicinos praktikos leidiniai,
* rezidentų kabinetai
 |  |
| **9.** | **Galimybė gydytoją rezidentą aprūpinti gyvenamuoju plotu ir/ar kompensuoti kelionės išlaidas** |  |
| **10.** | **Maksimalus vienu metu galinčių studijuoti įstaigoje rezidentų skaičius** |  |

Anketą užpildė: .....................................................................................................................

(Pareigos, vardas, pavardė, parašas)

Įstaigos vadovas: ................................................................................................................

(Vardas, pavardė, parašas)

**Būtini duomenys:**

Įmonės kodas: .................................

Adresas: ................................................................................................................

Įstaigos vadovo tel. Nr.: +370- ........... - .......................

Įstaigos vadovo el. paštas: .....................................................................................

Atsakingo už šios rezidentūros programos ciklo/ciklų vykdymą įstaigoje asmens:

Vardas pavardė: ...........................................................................................

El. paštas: .....................................................................................................

Tel. Nr.: +370- ........... - .......................