**A Magyar Epilepszia Liga (MEL) adatlapja epilepszia specialista (ESP), epilepsziában jártas orvos (EJO) minősítés megszerzéséhez / megújításához**

1./ Név Szül.hely, idő

2./ Szakorvosi képesítése(i), ***melye(ke)n belül epilepsziás betegeket ellát***:

…………………………………………………………………………………………………………………….

3./ Jelenlegi munkahely(ek): intézmény-részleg-rendelés, ***ahol epilepsziás betegeket ellát***

1. ………………………………………….. - ………………………………………… - ………………………………………
2. ………………………………………….. - ………………………………………… - ………………………………………
3. ………………………………………….. - ………………………………………… - ………………………………………

4./ Végez-e epilepszia ***szak***rendelést? ………………..

5./ Becslése szerint **hetente hány órában** foglalkozik epilepsziás betegekkel? ……

6./ Kb. **összes ellátott epilepsziás betege** az utóbbi egy évben …………
 fekvőbeteg: ………….. Járóbeteg: ………..

7./ **Epilepsziás betegek kontrollvizsgálatának száma** három hónapra számolva: .……
 ebből új beteg: .……

8./ Módja van arra, hogy betegeinek **EEG felvételét** is rendszeresen megtekintse? ………..
 Ha igen, milyen módon? ……………………………………………………………………………………….

9./ **Önállóan leletez EEG-t**? …………… Ha igen, hetente hányat? ……………
 **Ha igen, nyújtsa be az I. mellékletet!**

10./ Mikor történt utoljára epilepsziás betegénél műtét előtti kivizsgálás v. műtét?
 ……….. ……… (név kezdőbetűk, év)

11./ Végez szakorvosi véleményezést gépjárművezetői alkalmasság szempontjából? ……….
 **Ha igen, nyújtsa be a II. mellékletet!**

12./ Végez szakorvosi véleményezést iskolai v. munkaalkalmasság szempontjából? ……….
 **Ha igen, nyújtsa be a III. mellékletet!**

13./ Végez szakorvosi véleményezést munkaképesség-csökkenés orvosi felülvizsgálatához? ………
 **Ha igen, nyújtsa be a IV. mellékletet!**

14./ **Kérjük, küldjön el** **az V. mellékletben** egy három hónapon belüli, Ön által új epilepsziás betegéről készített zárójelentést, vagy ambuláns összefoglalást

15./ **Kérjük, küldjön el a VI. mellékletben** három db. három hónapon belüli ambuláns kontrollvizsgálati dokumentumot, melyben régi epilepsziás betegénél
1./ gyógyszerváltoztatást vagy
2./ valamilyen műszeres vizsgálatot kezdeményezett, ill.
3./ a beteg életében bekövetkezett történéssel kapcsolatosan alkalmazott célzott kezelést.

16./ **Röviden írja le a VII. mellékletben**, milyen lehetősége(i) van(nak) abban az esetben, ha betegénél pszichés dekompenzáció, vagy pszichopatológiai tünet lép fel?

\*17./ **Sorolja fel** azt a legutóbbi három – epilepsziát érintő – **tudományos és/vagy továbbképző eseményt** (időpont, helyszín, rendezvény címe), amelyen részt vett:
a./
b./
c./

\*18./ Hogyan vesz részt a **szakmai közélet**ben? (Előadás, cikk, kerekasztal stb.)
**Röviden foglalja össze a VIII. mellékletben**

\*19./ Milyen – epilepsziával kapcsolatos **kutatás**ban vesz/vett részt?
**Röviden foglalja össze a IX. mellékletben**

Nevem és orvosi pecsétszámom megadásával megerősítem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim, valamint a mellékletekben közölt dokumentáció a valóságnak minden tekintetben megfelel.

Dátum: Név: Pecsétszám:

A MEL Akkreditációs Bizottságának ezúton is jelzem, hogy pályázni kívánok

**a Magyar Epilepszia Liga tanúsítványának megszerzésére az epilepszia orvosi szakellátásához szükséges elektrofiziológiai módszerekben való jártasságom igazolásához**

………………………………… (név, pecsétszám)

\* ESP minősítésért folyamodók számára kitöltése kötelező!