

....., dnia

mięscowość

Zaświadczenie
o co najmniej 5-letnim stażu pracy w zakresie medycyny estetyczno-
naprawczej na potrzeby Certyfikacji
(KOD 028)

Ja, niżej podpisana/podpisany zgodnie z Regulaminem Certyfikacji w zakresie umiejętności zawodowej Medycyna estetyczno-naprawcza

1. Nazwisko.....
2. Imiona.....
3. Data i miejsce urodzenia.....
4. PESEL:
5. Numer prawa wykonywania zawodu na terytorium Polski

zaświadczam, że pierwszy zabieg medycyny estetycznej wykonałem w dniu

(data w formacie dd/mm/rrrr) i niniejszym spełniam wymóg posiadania 5-letniego stażu pracy w medycynie estetyczno-naprawczej.

*Potwierdzenie wykonania pierwszego zabiegu medycyny estetycznej na potrzeby obliczenia stażu pracy**					
1.Procedura	2.Data zabiegu dd/mm/rrrr	3.Miejsce wykonania**	4.Inicjały Pacjenta	5.Płeć Pacjenta K/M*	6.Imię i Nazwisko Lekarza
				K / M *	

*niepotrzebne skreślić

** wypełnić zgodnie z poniższą instrukcją na drugiej stronie

Czytelny podpis

INSTRUKCJA

Lekarz/lekarz dentysta ubiegający się o certyfikację UMIEJĘTNOSCI MEDYCYNĄ ESTETYCZNO-NAPRAWCZĄ KOD 028 wydawanej przez PTMEiAA, zaświadcza o dacie wykonanego osobiście pierwszego zabiegu co stanowi podstawę do uznania 5-letniego stażu pracy w medycynie estetyczno-naprawczej

Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać według następującego wzoru:

1. Rodzaj zabiegu jak poniżej:- B-TX – toksyna botulinowa; - FILLER - usieciowany kwas hialuronowy ; - AUTOLOG - preparat autologiczny jak PRP, PRF, tłuszcz; - MEZO – preparat do mezoterapii; - LASER – laser CO2, tulowy, Er-YAG, Nd-YAG i inne lasery oraz inne źródła energii; - STYMULATOR – kwas polimlekowy, hydroksyapatyt wapnia, polikaprolakton i inne; NICI- różnego rodzaju nici liftingujące, stymulujące; -BIOSTYMULATOR – biostymulatory.
2. data wykonania zabiegu lub procedury medycznej (w formacie dd/mm/rrrr)
3. miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej (proszę o podanie numeru rejestrowego podmiotu leczniczego/praktyki w którym wykonano zabieg zgodnie z Rejestrem <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl>). Uwaga: Należy wpisać ten numer praktyki lekarza podanego w kolumnie 6 lub numer podmiotu leczniczego, gdzie faktycznie przechowywana jest dokumentacja medyczna pacjenta z tego zabiegu,
- 4.. inicjały pacjenta,
5. płeć pacjenta,
6. nazwisko lekarza wykonującego zabieg lub procedurę medyczną starającego się o certyfikat