

Приложение 5  
к Инструкции о порядке  
организации и прохождения  
интернатуры и (или) сдачи  
квалификационного экзамена

Форма

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ОТЧЕТ**  
**о прохождении интернатуры**

\_\_\_\_\_  
(врача-интерна, провизора-интерна)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

\_\_\_\_\_  
(специальность интернатуры)

\_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения, являющейся базой интернатуры)

за период прохождения интернатуры  
с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(характеристика базы интернатуры, количественные и качественные показатели

выполненной врачом-интерном, провизором-интерном работы (участие в

хирургических операциях, ассистирование на хирургических операциях,

врачебные манипуляции, исследования, лечебно-диагностические процедуры,

участие в санитарно-просветительной работе, выступления с докладами на  
врачебных конференциях и т.п.);

\_\_\_\_\_  
освоение и использование в своей работе клинических протоколов и методов

оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения

\_\_\_\_\_  
Республики Беларусь, перечень подготовленных рефератов, выполнение плана и

\_\_\_\_\_  
программы интернатуры, проблемы в их освоении)

Врач-интерн, провизор-интерн \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.