



## Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf  
Finnish Association for the Study of Pain

### KIVUNHOITOLÄÄKETIETEEN ERITYISPÄTEVYYSHAKEMUS

#### I. Mitä haetaan

Haen Suomen Lääkäriliiton/Hammaslääkäriliiton myöntämää kivunhoitolääketieteen erityispätevyyttä (yliviivaa tarpeeton)

Haen erityispätevyystoimikunnan kannanottoa siitä, mitä lisäkoulutusta minulta edellytetään kivunhoitolääketieteen erityispätevyyden saamiseksi

Ilmoittaudun kivunhoitolääketieteen erityispätevyyskoulututukseen

Haluatko olla erityispätevyystoimikunnan kuultavana?  Kyllä  En

#### II. Hakijan tiedot

\_\_\_\_\_

hakijan nimi

\_\_\_\_\_

henkilötunnus

\_\_\_\_\_

lähiosoite

\_\_\_\_\_

postitoimipaikka ja -numero

\_\_\_\_\_

puh (työ)

\_\_\_\_\_

matkapuhelin

\_\_\_\_\_

sähköpostiosoite

\_\_\_\_\_

lääkäri- tai hammaslääkäritutkinto/tutkinnot (vuosi, myöntämysliopisto)

\_\_\_\_\_

erikoislääkäri- /erikoishammaslääkäritutkinto/tutkinnot (erikoisala, vuosi, myöntämysliopisto)

Olen Suomen Lääkäriliiton/Hammaslääkäriliiton jäsen (yliviivaa tarpeeton)

### **III. Käytännön koulutus**

Luettele sekä pää- että sivutoimiset työsuhteet, joiden katsot sopivan kivunhoitolääketieteen erityispätevyyden käytännön koulutuksen palveluiksi (työnantaja, työsuhteen alkamis- ja päättymispäivä, sekä erillisellä liitteellä lisäselvitys ko. yksikön toiminnasta.)

### **IV. Teorettinen kurssimuotoinen koulutus**

(koulutustapahtuman nimi, ajankohta ja järjestäjä)

a) Erikoisalojen yhteinen koulutus (50 tuntia)

b) Oman erikoisalan erityiskoulutus (100 tuntia)

### **V. Muita ansioita, joihin hakija haluaa vedota erityispätevyyttä hakiessaan**

## Päiväys ja allekirjoitus

---

aika ja paikka

---

allekirjoitus

Liitteet:

**Palautusosoite:** Kivunhoitolääketieteen erityispätevyystoimikunta, pj Olavi Airaksinen,  
olavi.airaksinen@kuh.fi