

# Международное Общество Артроскопии, Коленного Сустава Ортопедической Спортивной Медицины

## Формуляр

### I. Личные данные

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Учёная степень \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_  
улица

\_\_\_\_\_

город

область

индекс

\_\_\_\_\_

государство

Телефон: \_\_\_\_\_

код страны

код города

номер

Факс: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_  
День, месяц, год

Пол: М  Ж

Являетесь ли вы членом следующих обществ? (нужное подчеркнуть)

- AANA     AOSSM     APOSSM     ESSKA  
 SLARD     APOA

Присутствовали ли вы на следующих Конгрессах ISAKOS? (нужное подчеркнуть)

- 1997 – Buenos Aires     1999 – Washington  
 2001 – Montreaux     2003 – Auckland     2005 – Hollywood, FL

## II. Данные об образовании:

Уч.заведение	Степень	Дата	Тема
--------------	---------	------	------

- A. Выпускник \_\_\_\_\_
- B. Университет \_\_\_\_\_
- C. Практика \_\_\_\_\_
- D. Местожительство \_\_\_\_\_
- E. Сообщество \_\_\_\_\_
- F. Публикации/Презентации (пожалуйста присоедините к формуляру)
- G. Дар, почётные грамоты, другие научные статьи: пожалуйста добавьте список к формуляру.
- H. Членство в медицинских сообществах:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- I. Принадлежность к профессиональным ассоциациям: \_\_\_\_\_

- J. Посещаемость курсов, собраний, симпозиумов по артроскопии, хирургии колена и спортивной медицины \_\_\_\_\_

## III. Стандартная практическая информация

- A. Академическая принадлежность \_\_\_\_\_
- B. Принадлежность к больнице \_\_\_\_\_
- C. Практическая специализация  одна  ортопедическая  несколько
- D. Как долго \_\_\_\_\_ Артроскопия \_\_\_\_\_ Коленный сустав \_\_\_\_\_ ОСМ
- E. Дата начала ортопедической практики \_\_\_\_\_
- F. История практики (начиная от последней) \_\_\_\_\_
- G. Где? \_\_\_\_\_ Как долго? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **IV. Соглашение о Конфиденциальности**

**V. Членский взнос:** оплата должна быть вместе с формуляром.

Обязуюсь оплатить членский взнос:

- Приложенным подписанным чеком АМЕРИКАНСКОГО БАНКА в долларах США
- Кредитной картой (выберите тип карты и подайте необходимую информацию ниже):

Тип карты:

- VISA
- MasterCard
- American Express

Номер карты: \_\_\_\_\_

Срок истечения: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

**VI. Формуляр поручителя А** Ф.И.О. поручителя \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. просителя \_\_\_\_\_

Все просители, желающие быть членами ISAKOS, должны иметь рекомендации по крайней мере от одного из действующих членов ISAKOS. Поручитель должен быть хирургом-ортопедом того же государства, что и проситель. Удостоверьтесь, пожалуйста, чтобы поручитель должным образом заполнил формуляр. Все формуляры должны быть подписаны поручителем, в противном случае они не будут направлены на рассмотрение в Правление Членского Комитета ISAKOS. Если Вы не можете найти поручителя в вашем государстве, пожалуйста, обратитесь за рекомендациями в региональное Общество, членом которого Вы являетесь.

*Для поручителя: указанная информация будет рассмотрена только Членским Комитетом. Все ответы и комментарии будут сохранены в секрете.*

1. Являетесь ли Вы действующим членом ISAKOS?  Да  Нет
2. Как долго Вы знакомы с просителем?  
 0-5 лет  5-10 лет  10 лет или более
3. Кем по отношению к Вам является проситель:  
 Сотрудник  Приятель  Участник программы  
 Прочее \_\_\_\_\_
4. Напишите кем является по отношению к Вам проситель на данный момент: \_\_\_\_\_
5. Опишите уровень умений и навыков просителя:  
 Отличный  Выше среднего  Средний  Ниже среднего  Неудовлетворительный
6. Опишите уровень способности усвоения знаний просителя:  
 Отличный  Выше среднего  Средний  Ниже среднего  Неудовлетворительный
7. Опишите уровень умения опеки над пациентом просителя:  
 Отличный  Выше среднего  Средний  Ниже среднего  Неудовлетворительный
8. Опишите уровень знаний просителя в области хирургии:

Отличный  Выше среднего  Средний  Ниже среднего  Неудовлетворительный

9. Может ли проситель стать членом ISAKOS?  Да  Нет

Комментарий:

---

---

---

---

---

---

Полное имя

Подпись

Дата

---

---

---