

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
KLİNİK YAZ STAJI UYGULAMA VE DEĞERLENDİRME FORMU

Adı :
Soyadı :
Öğrenci No :
Staj Tarihleri :
Staj Yapılan Kurum :

--

Staja Devamlılık	10 puan üzerinden :
Değerlendirme Becerisi	20 puan üzerinden :
Tedavi Programı Belirleme Becerisi	20 puan üzerinden :
Pratik Uygulama Becerisi	15 puan üzerinden :
Hastalarla İletişimi	10 puan üzerinden :
Görev ve Sorumluluk Bilinci	10 puan üzerinden :
Kılık Kıyafet	5 puan üzerinden :
Grup İçi Uyum	10 puan üzerinden :
Toplam	100 puan üzerinden :

*Süpervizör Görüşü:

*Mutlaka doldurulması gerekir.

***Stajyerin devamsızlık yaptığı günler (gün/ay/yıl):**

...../...../20... /...../20... /...../20... /...../20...
...../...../20... /...../20... /...../20... /...../20...
...../...../20... /...../20... /...../20... /...../20...

Süpervizör :
Tarih - İmza :

Bölüm Staj Komisyonu Başkanı
Tarih - İmza