



**T.C.**

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

20..... / 20..... Eğitim Öğretim Yılı

Klinik Yaz Stajı Uygulama Dosyası

**ÖĞRENCİNİN**

Adı Soyadı : .....

Öğrenci No : .....

Staj Tarih Aralığı : .....

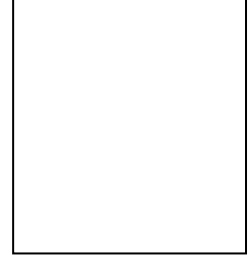
Hangi Klinik Yaz Stajı Dosyası (1/2) : .....

## Staj Yapan Öğrencinin Sorumlulukları

1. Öğrenci, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Staj Komisyonu tarafından hazırlanan staj programına uymak zorundadır. Bölüm Staj Komisyonunun onayını almadan, staj dönemini ve staj yapacağı kurumu değiştiremez.
2. Öğrenci stajın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yerine getirmek zorundadır.
3. Öğrenci, staj yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
4. Öğrenci, staj yaptığı kuruma ait mekan, alet, malzeme ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
5. Öğrenci, staj yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak zorundadır.
6. Öğrenci, staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kayıt etmelidir.
7. Klinik yaz stajı 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
8. Klinik yaz stajı uygulama dosyası, her gün düzgün olarak tutulmalı, **15 olgu sayfasının tamamı eksiksiz doldurulmalı ve sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.**
9. Staj sonunda, staj yapılan kurum ile ilgili öğrenci görüşlerinin belirtileceği form doldurulmalıdır.
10. “Kurum yetkilileri ile fizyoterapistin doldurması ve onaylaması gereken staj değerlendirme formları” staj başında sorumlu fizyoterapiste teslim edilmelidir.
11. Staj sonunda kurumla ilgili formlar, kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak “Klinik yaz stajı uygulama dosyası”nın ilk sayfasına zımbalanmalıdır ve en geç 15 gün içerisinde Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Staj Komisyonu veya öğrenci işlerine, posta yoluyla ya da elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
12. Klinik yaz stajı uygulama dosyası (kapalı/mühürlü zarf içindeki *kurum yetkilileri ile fizyoterapistin doldurması ve onaylaması gereken staj formları* ile birlikte) Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Staj Komisyonu veya öğrenci işlerine, posta yoluyla ya da öğrenci tarafından elden imza karşılığı teslim edilmelidir
13. Staj raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır.

**NOT:** Bu yükümlülükleri yerine getirmemekten doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir. Hukuki gereklilik halinde öğrenci hakkında Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır.

**T.C.**  
**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**  
**KLİNİK YAZ STAJI UYGULAMA DOSYASI**



<b>ÖĞRENCİNİN</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	
<b>Öğrenci Numarası</b>	
<b>T.C.Kimlik Numarası</b>	

<b>STAJ YAPTIĞI KURUMUN</b>	
<b>Adı</b>	
<b>Tel No</b>	
<b>Faks No</b>	
<b>Posta Adresi</b>	
<b>E-posta Adresi</b>	
<b>Stajın Başlama Tarihi</b>	
<b>Stajın Bitiş Tarihi</b>	
Not: Bu kısımlar kurum yetkilisi tarafından doldurulup, sorumluluk alanı, yetkisi, görevi ile kaşe, resmi mühür ve imzalar tam olmalıdır.	

<b>KURUM ve FİZYOTERAPİST ONAYI</b>	
<b>Sorumlu Fizyoterapistin</b>	<b>Kurum Yetkilisinin</b>
Adı Soyadı :	Adı, Soyadı :
İmza /Kaşe :	İmza/Kaşe/Mühür :

# Staj Yapılan Kurum ile İlgili Görüş Bildirim Formu

(Bu kısım staj yapan öğrenci tarafından doldurulacaktır)

**Lütfen aşağıdaki sorulara objektif cevaplar veriniz.**

1. Staj sonunda staj yaptığınız kurum ile ilgili genel düşünceleriniz nelerdir?

2- Yaptığınız staj sonrasında neler öğrendiniz?

3- Yaptığınız stajla ilgili önerileriniz nelerdir?

## Olgu 1 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 1 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 1 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 2 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 2 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 2 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :



## Olgu 3 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

### **Olgu 3 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

### **Olgu 3 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 4 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 4 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 4 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 5 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 5 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 5 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 6 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 6 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 6 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :



## Olgu 7 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 7 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 7 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 8 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 8 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 8 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 9 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 9 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 9 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 10 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 10 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 10 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :



## Olgu 11 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 11 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 11 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 12 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 12 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 12 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 13 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 13 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 13 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## Olgu 14 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 14 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 14 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :



## Olgu 15 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

## **Olgu 15 – Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

## **Olgu 15 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :