İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

FİZYOTERAPİ VE
REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

YAZ KLİNİK UYGULAMA
DEFTERİ

20…– 20…

Fotoğraf

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ

STAJ BİLGİ FORMU

Öğrenci Bilgileri

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Bölümü :

Sınıf :

Öğrenci No :

Telefon :

Staj Yeri Bilgileri

Kurum Adı :

Staj Sorumlusu :

Adresi :

Telefon / Fax :

E-posta Adresi :

Staj Başlama Tarihi

../……/....

Staj Bitirme Tarihi

.../……/….

Staj Defterinin Doldurulması ve Dikkat Edilecek Hususlar

- Staj defteri, stajın başladığı ilk iş gününden itibaren doldurulmaya başlanır. Staj defterinin teslim tarihine kadar devam eder.

- Staj defterinin her sayfası numaralı olur, tarihler sadece iş günlerini kapsar. Resmi tatil günleri yazılmaz.
- Staj defterinin her sayfasına, o gün yapılmış olan iş ve yapılan işlerle ilgili detaylı bilgilerin yazılması gerekmektedir.

- Staj gününde bir form doldurmuş iseniz, o formun ne işe yaradığı, işlemin hangi aşamasında kullanıldığı, formda hangi alanların olduğu, bu alanların nasıl doldurulduğu, dikkat edilmesi gereken hususlar, formu kimlerin onayladığı, onay sırasında dikkat edilen hususları yazmanız gerekir. Ek olarak, doldurmuş olduğunuz bu formun bir örneğinin (fotokopisini) de staj defterinin ilgili kısmına ek olarak konulması gerekir.

- Staj defterinin sayfaları doldurulurken, yapılmış olan faaliyetlerin, işyeri politikalarına ters düşmeyecek şekilde fotoğraf, şema, çizim, proje, örnek form, fotokopiler gibi ek materyaller ile desteklenmesi gerekir. Bazı işyerlerinde bu tip materyallerin işyeri dışına çıkarılması istenmeyebilir. Bu nedenle bu tip materyaller için önceden izin alınması gerekir.
- Stajyer öğrencilerin kurum içinde değişik departmanlarda görev alması tercih edilmektedir.
- Staj defterinin her sayfası ve staj devam çizelgesi, işyeri staj sorumlusu tarafından imzalanarak onaylanır.

OLGU 1 – DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 1 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:

İmza:

OLGU 2 – DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 2 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:

İmza:

OLGU 3 – DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı: Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 3 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:

İmza:

OLGU 4 – DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 4 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 5 – DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 5 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazımalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 6– DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 6 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 7 – DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 7 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 8-DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 8 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 9- DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 9 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 10 – DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Tanı:
Hikaye:

Şikayet:

İlk Değerlendirme Tarihi:
(Yapılan değerlendirmeler tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

OLGU 10 – TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı:
Tanı:
İlk Programa Alınma Tarihi:
(Tedavi programı tarih belirtilerek günlük yazılmalıdır.)

Sorumlu Fizyoterapist:
İmza:

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ STAJ YERİ YETKİLİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci
Adı Soyadı: ……

Staj Süresi: …….
Koor. Öğr. Elemanı: ……..
……

Kurum
Adı: …….

Adresi: …….
Tel. no: ……
Eğitici Personel: ……..

	PUANLAMA*	GENEL DÜŞÜNCELER
İşe İlgi		
İşin Tanımlanması		
Teorik Bilgiyi Kullanma Yeteneği		
Algılama Gücü		
Sorumluluk Duygusu		
Bilgi ve Deneyimi Uygulamada Kullanma Yeteneği		
Zamanı Verimli Kullanma		
Problem Çözebilme Yeteneği		
İletişim Becerisi		
Kurallara Uyma Yetisi		
Grup Çalışmasındaki Başarı		
Kendini Geliştirme Yeteneği		
*Çok iyi (100-85), İyi (84-65), Orta (64-40), Geçer (39-30), Yetersiz (29-0)		

Kurumumuzda stajını tamamlayan ..... , yukarıdaki çizelgede belirtilen değerlendirme sonucu 100 üzerinden ..... staj başarı puanı almıştır.

Tarih
İmza-Kaşe
Kurum Yetkilisi

Tarih
İmza-Kaşe
Staj Yeri Yetkilisi

Not: Bu form, staj yürütücüsü ve kurum yetkilisi tarafından staj bitiminde doldurulacak ve kapalı zarf içinde teslim edilecektir.

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ STAJ ÇALIŞMALARI DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih:
…./…./….

Öğrencinin
Adı Soyadı: .....
Bölümü.....Öğrenci
No: .....

	Görüşler	Ağırlık (%)	Puan
Staj defteri		%50	
Staj yeri yetkilisinin değerlendirmesi		%30	
Mülakat (Öğretim elemanının değerlendirmesi)		%20	
Saptanan Başarı Notu			
……..			

Staj Kurulu Başkanı

Üye

Üye (Bölüm Danışmanı)

EKLER

Kurum Yetkilisi
İmza

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ

Öğrenci Ad Soyad: …….

Öğrenci No .....

Bölümü:…….

Gün	Tarih	İmza (Öğrenci)	İmza (Staj Sorumlusu)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

KURUM YETKİLİSİ İMZA / MÜHÜR