



**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ  
KLİNİK UYGULAMA KARNESİ VE  
DEĞERLENDİRME TABLOSU**

Fotokopi fotoğraf  
kullanmayınız.

Öğrencinin Adı ve Soyadı	
Okul No	
Programı	
Klinik Uygulama Dönemi	
Klinik Uygulamanın Yapıldığı Sağlık Kuruluşunun Adı	

**SORUMLU FİZYOTERAPİST**

**Ünvanı /Adı ve Soyadı:**

**İmza:**

**KLİNİK UYGULAMANIN BAŞLANGIÇ VE BİTİŞ TARİHLERİ :** ...../...../..... ; ..../...../.....

Bu bölüm staj yapılan kurumdaki Eğitici Personel veya Eğitim Sorumlusu tarafından doldurulacaktır

YETERLİLİKLER	DEĞERLENDİRME
Kılık Kıyafet	
Mesai Saatlerine Uyum	
Hastalarla İletişim Yeteneği	
Sorumlu Fizyoterapist ve İş Arkadaşlarıyla İletişim Yeteneği	
Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi	
Sorumlulukları ve Talimatları Yerine Getirme	
Düzenli Kayıt Tutma	
Etik Kurallara Uyma	
Hastayı Bağımsız ve Doğru Bir Şekilde Değerlendirebilme	
Tedavi Planı Çizebilme ve Tartışabilme	
Tedavi Yöntemlerini Etkin Bir Şekilde Uygulayabilme	
Uygun Öneri ve Ev Programı Verebilme	
<b>ORTALAMA</b>	( )/100

#### NOTLANDIRMA

Notlar	Not Aralığı	Sonuç
AA	90-100	Başarılı
BA	85-89	Başarılı
BB	75-84	Başarılı
CB	70-74	Geçer
CC	60-69	Geçer
DC	50-59	Koşullu Geçer
DD	40-49	Başarısız Kalır
FD	30-39	Başarısız Kalır
FF	0-29	Başarısız Kalır

NOT: Gözlem yapılamayan değerlendirme maddeleri (kurum kaynaklı olması durumunda) ortalama dışında bırakılarak, toplam puan değerlendirmesi kalan maddelerin ortalaması alınarak hesaplanacaktır.

Sorumlu Fizyoterapistin Adı, Soyadı ve İmzası:

Tarih:

**NOT: Lütfen bu formu kapalı zarf içerisinde 'GİZLİDİR' ibaresiyle öğrenciye teslim ediniz.**