



T.C.  
YÜKSEK İHTİSAS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fotokopi resim  
kullanmayınız.

STAJ KARNESİ

ÖĞRENCİNİN ADI ve SOYADI	
OKUL NO	
PROGRAMI	
STAJ DÖNEMİ (YAZ / MESLEKİ UYGULAMA)	
STAJIN YAPILACAĞI SAĞLIK KURUMUNUN ADI	

STAJ UYGULAMA KOORDİNATÖRÜ

Ünvanı /Adı ve Soyadı:

İmza:

STAJIN BAŞ. ve BİTİŞ TARİHLERİ : ...../...../..... ; ...../...../.....

**DEĞERLENDİRME TABLOSU**

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

YETERLİLİKLER	DEĞERLENDİRME					
	A	B	C	D	E	X
Kılık Kıyafet						
Mesai Saatlerine Uyum						
Hastalarla İletişim Yeteneği						
Staj Yürütücüsü ve İş Arkadaşlarıyla İletişim Yeteneği						
Mesleki Bilgi ve Beceri Düzeyi						
Sorumlulukları ve Talimatları Yerine Getirme						
Düzenli Kayıt Tutma						
Etik Kurallara Uyuma						
Tedavi Planı Çizebilme ve Tartışabilme						
Uygun Öneri ve Ev Programı Verebilme						
TOPLAM	( ) /100					

A = ÇOK İYİ (10  
PUAN)

B = İYİ (8 PUAN)

C = ORTA (6 PUAN)

D = GEÇER (4 PUAN)

E = BAŞARISIZ (0 PUAN)

X = GÖZLEM YAPILAMADI

NOT: GÖZLEM YAPILAMAYAN DEĞERLENDİRME MADDELERİ (KURUM KAYNAKLI OLMASI DURUMUNDA) ORTALAMA DIŞINDA BIRAKILARAK, TOPLAM PUAN DEĞERLENDİRMESİ KALAN MADDELERİN ORTALAMASI ALINARAK HESAPLANACAKTIR.

Staj Eğitimcisinin / Yürütücüsünün İmzası:

TARİH:

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