



Tarih :

— İSTANBUL —
OKAN ÜNİVERSİTESİ

**SHMYO ELEKTRONÖROFİZYOLOJİ PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ**

ADI SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ YAPILAN KURUM:
STAJ YAPILAN BİRİM:
STAJ DEFTERİ TESLİM TARİHİ:

PROGRAM BAŞKANI ONAYI

STAJ KABUL/RED:
GEÇERLİ GÜN SAYISI:
ONAY TARİHİ:
RAPORU DEĞERLENDİREN:
İMZA:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

ÖĞRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ- Günlük Rapor

ADI SOYADI:

OGRENCİ NO:

UYGULAMAYA DEVAM EDİLEN GÜN:

YAPILAN FAALİYETLER:



T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ PROGRAMI KURUM DEĞERLENDİRME FORMU
(EK.8)

Staj Yapan Öğrencinin Adı - Soyadı: Kayıtlı Olduğu Program: Staj Yaptığı Kurumun Adı: Staj Yaptığı Kurumun Adresi: Staja	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

DEĞERLENDİRME SORULARI	
1.	Öğrencinin çalışma saatlerine uyması <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
2.	Kılık kıyafetinin iş ortamına uygunluğu <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
3.	Verilen işi yapma konusundaki isteği <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
4.	Verilen işi sonuçlandırma konusundaki becerisi <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
5.	Çalıştığı bölümde takım çalışmasına yatkınlığı <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
6.	Program süresince hasta ile ilişkisi ve mesleki el becerisi
7.	Öğrencinin olumlu gördüğünüz yönleri
8.	Öğrencinin olumsuz gördüğünüz yönleri
9.	Genel olarak çalışma performansı <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
10.	İlave etmek istediğiniz diğer görüşleriniz
	DEĞERLENDİRME NOTUNUZ: (100 puan üzerinden notunuzu yazınız).

Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı Görevi Telefon Tarih/İmza/Kaşe-Mühür	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--