



T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON
BÖLÜMÜ

.....
EĞİTİM ÖĞRETİM YILI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON

.....
KLİNİK UYGULAMA DOSYASI

ÖĞRENCİNİN

ADI SOYADI:

NO:

ÖĞRENCİLERİN YERİNE GETİRMESİ GEREKEN SORUMLULUKLAR

- 1- Öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma kurallarına uymak zorundadır.
- 2- Staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programları günlük tarih bildirilerek kayıt edilmelidir.
- 3- Dönemiçi uygulama stajına 3 hafta süresince haftanın 4 iş günü(Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe) olacak şekilde toplamda 12 iş günü devam edilmelidir. Yaz stajı ise 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
- 4- Staj raporu her gün düzgün olarak tutmalı ve sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.
- 5- Staj sonunda staj yapılan kurum ile ilgili öğrenci görüşlerinin belirtileceği form doldurulmalıdır.
- 6- Rapor sonundaki kurumla ilgili doldurulması gereken formlar staj başında sorumlu fizyoterapiste teslim edilmelidir.
- 7- Staj sonunda kurumla ilgili formlar kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak staj raporunun ilk sayfasına zımbalanmalıdır.
- 8- Staj raporu (kapalı zarf içindeki kurum raporu ile birlikte) T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığına öğrenci tarafından elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
- 9- Staj raporunu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır.

NOT: Raporda belirtilen sayıdan fazla olgu takibi yapılmışsa öğrenci ek olarak doldurduğu raporları, ana rapor dosyasına eklenmelidir.

STAJ YAPILAN KURUM İLE İLGİLİ GÖRÜŞ BİLDİRİM 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 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 1 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 1 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 2 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 2 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 2 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 3 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 3 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 3 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 4 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 4 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 4 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 5 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 5 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 5 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 6 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 6 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 6 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 7 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 7 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 7 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 8 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 8 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 8 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 9 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 9 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 9 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 10 DEĞERLENDİRME

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
Hikaye :
Şikayet :
İlk Değerlendirme Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 10 TEDAVİ PROGRAMI

Hasta Adı-Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tanı :
İlk Programa Alınma Tarihi :

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

OLGU - 10 VAKA İLE İLGİLİ ÖĞRENCİNİN ANALİZ SONUÇLARI

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :



T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

5.Levent Mah. 15 Temmuz Şehitler Cad. No:14/12 34060 Eyüpsultan - İSTANBUL

Tel: (0 212) 924 24 44 | Faks: (0 212) 999 78 52 | info@halic.edu.tr