

**T.C.**

**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

20…… / 20…… Eğitim Öğretim Yılı

Yaz Stajı Uygulama Dosyası

##  ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı : …………………………………………….. Öğrenci No : ………………………………………………….

Staj Tarih Aralığı : ……………………………………………

Stajın Yapıldığı Yer:……………………………………..

Hangi Yaz Stajı Dosyası (I / II) : ………………………..

Öğrencinin İmzası: ………………………………………

**\*Her sayfanın öğrenci ve staj sorumlusu tarafından imzalanması gerekmektedir.**

# Staj Yapan Öğrencinin Sorumlulukları

1. Öğrenci, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Staj Komisyonu tarafından hazırlanan staj programına uymak zorundadır. Bölüm Staj Komisyonunun onayını almadan, staj dönemini ve staj yapacağı kurumu değiştiremez.
2. Öğrenci stajın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yerine getirmek zorundadır.
3. Öğrenci, staj yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
4. Öğrenci, staj yaptığı kuruma ait mekan, alet, malzeme ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
5. Öğrenci, staj yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak zorundadır.
6. Öğrenci, staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kayıt etmelidir.
7. Yaz stajı 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
8. Yaz stajı uygulama dosyası, her gün düzgün olarak tutulmalı, sayfanın tamamı eksiksiz doldurulmalı ve sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.
9. Staj sonunda, staj yapılan kurum ile ilgili öğrenci görüşlerinin belirtileceği form doldurulmalıdır.
10. “Kurum yetkilileri ile fizyoterapistin doldurması ve onaylaması gereken staj değerlendirme formları” staj başında sorumlu fizyoterapiste teslim edilmelidir.
11. Yaz stajı uygulama dosyası (kapalı/mühürlü zarf içindeki *kurum yetkilileri ile fizyoterapistin doldurması ve onaylaması gereken staj formları* ile birlikte) en geç 15 gün içerisinde İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Staj Komisyonu veya öğrenci işlerine, posta yoluyla ya da öğrenci tarafından elden imza karşılığı teslim edilmelidir
12. Staj raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır.

**NOT:** Bu yükümlülükleri yerine getirmemekten doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir. Hukuki gereklilik halinde öğrenci hakkında Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır.

## T.C.

**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**YAZ STAJI UYGULAMA DOSYASI**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  |

|  |
| --- |
| **STAJ YAPTIĞI KURUMUN** |
| **Adı** |  |
| **Tel No** |  |
| **Faks No** |  |
| **Posta Adresi** |  |
| **E-posta Adresi** |  |
| **Stajın Başlama Tarihi** |  |
| **Stajın Bitiş Tarihi** |  |
| Not: Bu kısımlar kurum yetkilisi tarafından doldurulup, sorumluluk alanı, yetkisi, görevi ile kaşe, resmi mühür ve imzalar tam olmalıdır. |

**KURUM ve FİZYOTERAPİST ONAYI**

Sorumlu Fizyoterapistin Kurum Yetkilisinin

Adı Soyadı : Adı, Soyadı :

İmza /Kaşe : İmza/Kaşe/Mühür :

**Staj Yapılan Kurum ile İlgili Görüş Bildirim 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?

1. Yaptığınız staj sonrasında neler öğrendiniz?
2. Yaptığınız stajla ilgili önerileriniz nelerdir?

#  Vaka No:

# Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

#  Vaka No:

# Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

# Vaka No:.….. – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları