



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

20..... / 20..... Eğitim Öğretim Yılı

Klinik Yaz Stajı Uygulama Defteri

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı :

Öğrenci No :

Staj Tarih Aralığı :

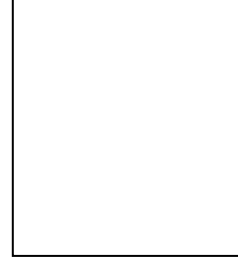
Hangi Klinik Yaz Stajı Defteri (1/2) :

Staj Yapan Öğrencinin Sorumlulukları

1. Öğrenci, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü tarafından hazırlanan staj programına uymak zorundadır. Bölüm 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 mekân, 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 kaydetmelidir.
7. Klinik yaz stajı 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
8. Klinik yaz stajı uygulama defteri, her gün düzgün olarak tutulmalı, **5 olgu sayfasının tamamı eksiksiz doldurulmalı ve sorumlu fizyoterapistle 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 fizyoterapistle teslim edilmelidir.
11. Staj sonunda kurumla ilgili formlar, kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak klinik yaz stajı uygulama defterinin ilk sayfasına zımbalanmalıdır ve en geç 10 gün içerisinde Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrenci işlerine, posta yoluyla ya da elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
12. Klinik yaz stajı uygulama defteri (kapalı/mühürlü zarf içindeki *kurum yetkilileri ile fizyoterapistin doldurması ve onaylaması gereken staj formları* ile birlikte) Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrenci işlerine, posta yoluyla ya da öğrenci tarafından elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
13. Staj raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır.

NOT: Bu yükümlülükleri yerine getirmemekten doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir.

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
KLİNİK YAZ STAJI UYGULAMA DEFTERİ



ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	
Öğrenci 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?

2- Yaptığınız staj sonrasında neler öğrendiniz?

3- Yaptığınız stajla ilgili önerileriniz nelerdir?

Olgu 1 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 1 – Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu 1 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 2 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 2 – Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu 2 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 3 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 3 – Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu 3 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 4 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 4 – Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu 4 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 5 – Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Olgu 5 – Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu 5 – Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :

Sorumlu Fizyoterapist :
İmza :