

KLİNİK UYGULAMA DERSİ SÜPERVİZÖR
BİLGİLENDİRME REHBERİ

2024-2025 Eđitim-Öđretim Yılı Güz Dönemi Klinik Uygulama I Dersi

- **1. rotasyon:** 16 Eylül 2024– 18 Ekim 2024 (5 hafta)
- **2. rotasyon:** 21 Ekim 2024 – 22 Kasım 2024 (5 hafta)
- **3. rotasyon:** 25 Kasım 2024 – 27 Aralık 2024 (5 hafta)

2024-2025 Eđitim-Öđretim Yılı Bahar Dönemi Klinik Uygulama II Dersi

- **1. rotasyon:** 10 Şubat 2025– 14 Mart 2025(5 hafta)
- **2. rotasyon:** 17 Mart 2025 – 18 Nisan 2025 (5 hafta)
- **3. rotasyon:** 21 Nisan 2025 – 23 Mayıs 2025 (5 hafta)

ROTASYON

A GRUBU

- NÖROLOJİ
- KARDİYOPULMONER
- DIŞ KLİNİK

B GRUBU

- ORTOPEDİ
- GENEL FTR
- PEDIATRİ

ÖĞRENCİLERİN KLİNİK UYGULAMAYA BAŞLAMADAN
ÖNCE GETİRDİĞİ VE SÜPERVİZÖR (VEYA KURUM
SAHİBİ) TARAFINDAN İMZALAMASI GEREKEN
BELGELER

1) BAŞVURU FORMU



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
FTR4104 KLİNİK UYGULAMA I DERSİ
BAŞVURU FORMU

FOTOĞRAF

+ ÖĞRENCİNİN :				
Adı Soyadı				
T.C. Kimlik No.	Öğrenim Yılı.	20... - 20....		
Öğrenci No	Telefon No.			
Açık Adresi				
ÖĞRENCİNİN OKUL ADRESİ	Mahalle : Yeni Mahalle		Bulvar, Cadde: Şehit Astsubay Mustafa Soner Varlık Caddesi	
	Sokak : ---	Dış kapı : 77	İç Kapı No : --	
	İLİ : BALIKESİR	İLÇESİ : BANDIRMA	Posta Kodu	10200
UYGULAMAYAPILACAK KURUMUN ADI				
DERSİN KODU	DERSİN ADI	BAŞLAMA TARİHİ	BİTİRME TARİHİ	İŞ GÜNÜ
Fakülteniz Öğrencisi Yukarıda belirtilen dersin uygulamalarını Hastanemizde/Kurumumuzda yapması uygundur.				
ONAY VEREN HASTANE VEYA SAĞLIK KURUMU YETKİLİSİNİN				
Adı Soyadı				
Görevi ve Ünvanı	İmza / Kaşe			
Tarih				
ÖNEMLİ NOT				
1-Öğrenci FTR 4104 Klinik Uygulama-I dersi kapsamında staja başlama ve bitirme tarihleri arasında fakültemiz tarafından İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası yapılacağından dolayı onay tarihine önem verilmesi gerekmektedir				
2- FTR 4104 Klinik Uygulama-I dersi kapsamında yapılan staj döneminde Hastanemizin/Kurumunuzun sigortayla ilgili herhangi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Belirtilen tarihlerde öğrencimize staj yapma <u>imkanı</u> sağlamanız yeterlidir.				
3- FTR 4104 Klinik Uygulama-I dersi kapsamında staj yapmasına onay verdiğiniz takdirde öğrenci bu belgeyi fakültemize teslim edecek ve belirtilen tarihlerde staj evrakları elden kurumunuza gizli zarf içinde getirilecektir.				
4 -Bu formlar 3 adet düzenlenip; 1 adedi stajın yapılacağı kurumda kalacak, 1 adedi fakültemize verilecek, 1 adedi de öğrencide kalacaktır.				
ÖĞRENCİNİN İMZASI		ÖĞRENCİ DANIŞMANI	BÖLÜM BAŞKANI	
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, FTR 4104 Klinik Uygulama-I dersi kapsamında staj yapacağımı taahhüt ederim, adı geçen kurumla ilgili staj evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.				
Tarih / İmza :		Tarih :	Tarih :	



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
FTR4104 KLİNİK UYGULAMA I DERSİ BAŞVURU SÖZLEŞMESİ



FTR4104 Klinik Uygulama I Dersi Yapacak Öğrencinin;

Adı Soyadı							Fotoğraf
TC. Kimlik No							
Baba Adı							
Anne Adı							
Doğum Yeri ve Tarihi							
Telefon No							
İkametgâh Adresi							
Öğrencinin SGK Güvencesi	Anne/Baba	Eş	Kendim Çalışıyorum, SGK'lıyım	SGK'lıyım, primimi kendim ödüyorum	SGK'lı değilim	Diğer	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Üniversite/Fakülte Adı							
Bölümü							
Öğrenci No							
Başlangıç Tarihi			Bitiş Tarihi				
Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum ve yanlış beyan/staj yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi ve belirtilen tarihler arasında staj yapacağımı taahhüt ederim.							
Öğrencinin Adı Soyadı:							
Tarih ve İmza:							

Uygulama Yapılacak Yerin;

Adı			
Adresi			
Tel No		E-Posta	

Bölüm Başkanı (İmza/Kaşe)	Dekan (İmza/Kaşe)	İşveren (İmza/Kaşe)
.../.../20...	.../.../20...	.../.../20...

ÖĞRENCİLERİN KLİNİK UYGULAMAYA BAŞLAMADAN
ÖNCE GETİRDİĞİ VE SÜPERVİZÖR (VEYA KURUM
SAHİBİ) TARAFINDAN İMZALAMASI GEREKEN
BELGELER

2)BAŞVURU SÖZLEŞMESİ

BANDIRMADA KLİNİK UYGULAMA YAPAN ÖĞRENCİLERDEN UYGULAMA ÖNCESİNDE

İSTENEN BELGELER

ORTOPEDİ

HERHANGİ BİR FORM
DOLDURMAYACAK

GENEL FTR

HERHANGİ BİR FORM
DOLDURMAYACAK

PEDİATRİ

BAŞVURU FORMU (3
adet)
BAŞVURU SÖZLEŞMESİ
(3 adet)

NÖROLOJİ

Özel hastanede yapacak
olanlar **başvuru formu (3
adet)**
Üniversitede yapacak
olanlar **herhangi bir form
doldurmuyacak**

KARDİYOPULMONER

HERHANGİ BİR FORM
DOLDURMAYACAK

DIŞ KLİNİK

BAŞVURU FORMU (3
adet)

BANDIRMA DIŐINDA KLİNİK UYGULAMA YAPAN ÖĞRENCİLERDEN UYGULAMA
ÖNCESİNDE İSTENEN BELGELER

TÜM UYGULAMA ALANLARI

BAŞVURU FORMU (3 adet)
BAŞVURU SÖZLEŞMESİ (3 adet)

DEVAM ZORUNLULUĐU

- Klinik Uygulama Dersi I ve II'de devam edilemeyen mazeretli günlerin **telafileri yapılır.**
- Devamsızlık hakkı **bulunmamaktadır.**



KLİNİK UYGULAMA I DERSİ DEĞERLENDİRME FORMU



Öğrencinin;

Adı Soyadı		Fotoğraf
Okul Numarası		
Fakültesi		
Bölümü		
Klinik Uygulama Yapılan Kurum Adı		
Klinik Uygulama Süresi		
Klinik Uygulamaya Başlama Tarihi		
Klinik Uygulama Bitiş Tarihi		

Sayın Klinik Uygulama Yeri Sorumlusu

Klinik Uygulama süresini tamamlayan öğrencinin, performansının değerlendirilebilmesi için aşağıdaki tablonun özenle doldurulması gerekmektedir.

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Özellikler	Değerlendirme				
	Çok İyi (10 Puan)	İyi (8 Puan)	Orta (6 Puan)	Zayıf (4 Puan)	Çok Zayıf (2 Puan)
Klinik Uygulama Devamlılığı					
İşyeri Kurallarına Uyma					
Çalışma ve Gayreti					
Üstlendiği Görevleri Yerine Getirme					
İşi Vaktinde ve Tam Yapma					
Mesleki Uygulamalara Yatkınlık					
Sorumluluk Alma ve Sorumluluklarını Yerine Getirme Becerisi					
Amirlerine Karşı Hal ve Hareketleri					
Çalışma Arkadaşlarına Karşı Hal ve Hareketleri					
Hasta ile İletişim Becerisi					
Toplam					
Genel Toplam					
Süpervizör Sınav Notu (varsa)					

NOT: Süpervizör sınav yapmak isterse, bu sınavın notu 100 üzerinden değerlendirilerek genel toplama eklenerek ortalaması alınacaktır.

Süpervizör Sınav Notu (varsa):

Klinik Uygulama Yeri Sorumlusu

Adı- Soyadı :

Kaşe-İmza :

ÖĞRENCİLERİN KLİNİK UYGULAMAYI TAMAMLADIKTAN
SONRA GETİRDİĞİ VE SÜPERVİZÖR (VEYA KURUM
SAHİBİ) TARAFINDAN İMZALAMASI GEREKEN
BELGELER

1) KLİNİK UYGULAMA DERSİ
DEĞERLENDİRME FORMU



KLİNİK UYGULAMA-I DERSİ TAKİP ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİLERİN KLİNİK UYGULAMAYI TAMAMLADIKTAN
SONRA GETİRDİĞİ VE SÜPERVİZÖR (VEYA KURUM
SAHİBİ) TARAFINDAN İMZALAMASI GEREKEN
BELGELER

2) KLİNİK UYGULAMA DERSİ TAKİP ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN				
ADI-SOYADI:				
NUMARASI:				
<u>KLİNİK UYGULAMA YAPILAN HASTANE ADI:</u>				
TARİH	KLİNİK UYGULAMA YAPILAN ALAN	GİRİŞ SAATİ	ÇIKIŞ SAATİ	İMZA
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				
.... / /20....				

Klinik Uygulama Yeri Sorumlusu

Adı- Soyadı :

Kaşe-İmza :

- Herhangi bir durumda iletiřime geçmek istediđinizde Klinik Uygulama Dersi Komisyon Üyesi **Arř. Gör. Dr. Melike Sümeyye ÖZEN** ile iletiřime geçebilirsiniz.