

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

 …………… / …………… Eğitim Öğretim Yılı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

 …………….. Klinik Yaz Stajı ....……/……… Dönem Uygulama Dosyası

Öğrencinin

Adı Soyadı : ………………………………………….

No : …………………………………………

**Staj Yapan Öğrencinin Sorumluluğu**

1. Öğrenci, staj komisyonu tarafından hazırlanan staj programına uymak zorundadır. Staj Komisyonunun onayını almadan staj dönemini ve staj yapacağı kurumu değiştiremez.
2. Öğrenci stajın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yapmak zorundadır.
3. Staj yapan öğrenci, staj yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
4. Staj yapan her öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı mekan, alet, malzeme ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
5. Öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma kurallarına uymak zorundadır.
6. Staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kayıt etmelidir.
7. Klinik yaz stajı 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
8. Staj raporu her gün düzgün olarak tutulmalı ve sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.
9. Staj sonunda staj yapılan kurum ile ilgili öğrenci görüşlerinin belirtileceği form doldurulmalıdır.
10. Rapor sonundaki kurumla ilgili doldurulması gereken formlar staj başında sorumlu fizyoterapiste teslim edilmelidir.
11. Staj sonunda kurumla ilgili formlar kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak staj defterinin ilk sayfasına zımbalanmalıdır ve en geç 15 gün içerisinde T.C. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrenci İşlerine teslim edilmelidir.
12. Staj raporu (kapalı zarf içindeki kurum raporu ile birlikte) T.C. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrenci İşlerine öğrenci tarafından elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
13. Staj raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır. Bu yükümlülüklerini yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir. Öğrenci hakkında ayrıca Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır.

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

 **BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

 **FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**STAJ DOSYASI**

|  |
| --- |
| **Öğrencinin**  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Numarası** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Staj Yaptığı Kurumun** |  |
| **İletişim Bilgileri** |  |
| **Stajın Başlama Tarihi** |  |
| **Stajın Bitiş Tarihi** |  |
| Not: Bu kısımlar yetkili kişi tarafından doldurulup, sorumluluk alanı, yetkisi, görevi ile kaşe, resmi mühür ve imzalar tam olmalıdır. |

Staj Sorumlusunun 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?

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

 **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 1**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 2**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 3**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 4**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 5**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 6**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 7**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**OLGU RAPORU 8**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

**Teşhis:**

**Hikaye:**

**Yapılan Değerlendirme:**

**Tedavi Programı:**

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜM BAŞKANLIĞI’NA

SOSYAL GÜVENLİK DURUMU TAAHÜTNAMESİ

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Staj Yönergesi kapsamında Klinik Ders Uygulaması / Yaz Stajı yapmak istiyorum. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortalar Kanunu uyarınca staj süresi boyunca müdürlüğünüz tarafından adıma düzenlenecek sigorta primini hesaplamak için gerekli olan belgeler ektedir.

Aşağıda işaretlediğim kurumda ya da ailemden sağlık yardımı almaktayım / herhangi bir sağlık yardımı almıyorum.

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ

**(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa “X” ile işaretleyiniz.)**

|  |
| --- |
| Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum󠆱  |
| Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum  |
| Yeşil Kartlıyım (Eski) 󠆯  |
| Genel Sağlık Sigortalısıyım (GSS)  |
| Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)  |
| Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum |

Adıma ödenen İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ve diğer sigorta primleriyle ilgili Müdürlüğünüze ilettiğim Müstehaklık belgemdeki beyanımın doğruluğunu, sağlık güvencemde değişiklik olması durumunda, değişikliğin yer aldığı müstehaklık belgesini Bölüm Başkanlığı’na / Staj Koordinatörlüğüne her ayın 20’sini geçmeyecek şekilde 5 gün içerisinde ivedi olarak ulaştıracağımı kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak fazla veya eksik prim ödemesi, idari para cezası, gecikme zammı, gecikme faizi ve diğer mali yaptırım tutarlarının tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

 Adı-Soyadı :

 T.C. Kimlik No:

 İletişim :

 Tarih / İmza :