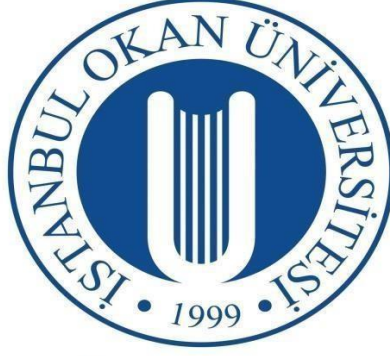




Tarih :

İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMALARI DEFTERİ

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ YAPILAN KURUM:
STAJ YAPILAN BİRİM:
STAJ DEFTERİ TESLİM TARİHİ:

PROGRAM BAŞKANII ONAYI

STAJ KABUL/RED:
GEÇERLİ GÜN SAYISI:
ONAY TARİHİ:
RAPORU DEĞERLENDİREN:
İMZA:



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI



KLİNİK UYGULAMA II DEFTERİ- Günlük Rapor

ADII SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ TARİHİ (Geldiği gün):

YAPILAN FAALİYETLER:

KURUM ONAYI

GÜN SAYISI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ İMZA	TARİH (Geldiği Gün)	KURUM YETKİLİSİ KAŞE-İMZA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

GÜN SAYISI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ İMZA	TARİH (Geldiği Gün)	KURUM YETKİLİSİ KAŞE-İMZA
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ PROGRAMI KURUM DEĞERLENDİRME FORMU
(EK.8)

Staj Yapan Öğrencinin Adı- Soyadı:

Kayıtlı Olduğu Program:

Staj Yaptığı Kurumun Adı:

Staj Yaptığı Kurumun Adresi:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

DEĞERLENDİRME SORULARI

1.	Öğrencinin çalışma saatlerine uyması	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
2.	Kılık kıyafetinin iş ortamına uygunluğu	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
3.	Verilen işi yapma konusundaki isteği	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
4.	Verilen işi sonuçlandırma konusundaki becerisi	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
5.	Çalıştığı bölümde takım çalışmasına yatkınlığı	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
6.	Program süresince hasta ile ilişkisi ve mesleki el becerisi	
7.	Öğrencinin olumlu gördüğünüz yönleri	
8.	Öğrencinin olumsuz gördüğünüz yönleri	
9.	Genel olarak çalışma performansı	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
10.	İlave etmek istediğiniz diğer görüşleriniz	
	DEĞERLENDİRME NOTUNUZ: (100 puan üzerinden notunuzu yazınız).	

Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı Görevi

Telefon

Tarih/İmza/Kaşe-Mühür