…………………………….

 pieczęć UCZELNI

**Arkusz wyboru i oceny placówki dla potrzeb kształcenia praktycznego studentów**

Imię i Nazwisko Studenta……………………………………………………………………

Praktyka z……………………………………………………………………………………

Kierunek i rok studiów………………………………………………………………………

*…………………………………………………*

 *pieczątka placówki*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **Ocena punktowa** |
| *1* | ***Czy placówka była wybierana już wcześniej na miejsce odbywania praktyk studenckich?****-wielokrotnie**-raz* *-nigdy* | *2**1**0* |
| *2* | ***Specyfika placówki****1.Czy charakter i zakres świadczonej opieki zdrowotnej umożliwia realizację zagadnień zawartych w programie praktyki?**-tak**-w ograniczonym zakresie**-nie**2. Czy placówka jest wyposażona w sprzęt i aparaturę medyczną umożliwiającą zdobycie praktycznych umiejętności przez studenta?**-większość sprzętu to nowoczesna aparatura medyczna**-prawie połowę sprzętu stanowi nowoczesna aparatura medyczna**-dominuje stary sprzęt**Proszę wymienić sprzęt rehebilitacyjny pomocny w realizacji praktyk przez studenta znajdujący się na terenie placówki……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**3. Jakiego rodzaju pacjenci leczeni są w placówce?**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**4. Jaki jest okres lub tryb leczenia pacjentów?.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................* | *2**1**0**2**1**0**2**1**0**2**1**0**2**1**0* |
| *3* | ***Kwalifikacje zatrudnionego personelu fizjoterapeutycznego:****1.Przeciętny staż pracy w zawodzie:**-poniżej 3 lat**-3-6 lat**-powyżej 6 lat**2. Doświadczenia w pracy ze studentami:**-wielokrotnie współuczestniczyli w prowadzeniu praktyk studenckich**-kilkukrotnie**-nigdy* | *2**1**0**2**1**0* |
| *UZYSKANA LICZBA PUNKTÓW* |  |

Uzasadnienie:

Liczba pkt od **16 do 12** określa placówkę bardzo dobrą i przydatną do potrzeb kształcenia studentów.

Liczba pkt od **11 do 7** określa placówkę jako możliwą do zaakceptowania dla potrzeb kształcenia studentów po wprowadzeniu zmian i poprawy warunków kształcenia.

Liczba pkt poniżej **7** dyskwalifikuje placówkę jako miejsce odbywania praktyk.

…………………... …………………………………………………

miejscowość, data pieczątka i podpis osoby oceniającej placówkę

Zatwierdzam/nie zatwierdzam placówkę do przeprowadzenia praktyk zawodowych

…………………. ……………………………………………….

miejscowość, data pieczątka i podpis osoby oceniającej placówkę