…………………………….

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