**PROTOKÓŁ Z HOSPITACJI PRAKTYK STUDENCKICH**

**rok akademicki ………………….……**

*(hospitacja stacjonarna)*

**Imię i nazwisko studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………...

Wydział Medycyny i Stomatologii

Kierunek: lekarsko-dentystyczny

Rok studiów: ………

Miejsce odbywania praktyki:………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Hospitacja przeprowadzona była w obecności następujących osób:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  | /podpis/ |
| 2. |  | /podpis/ |
| 3. |  | /podpis/ |

1. **Czy student realizuje praktykę w dniu hospitacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |

1. **Ocena studenta w opinii osoby hospitującej praktyki** (w skali od 2 - ocena negatywna do 5 - ocena bardzo dobra):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. przygotowanie do pracy (strój, obuwie) | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. samodzielność w wykonywaniu poleceń | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. zaangażowanie | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. wiedza i umiejętności objęte programem praktyki | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. kultura osobista wobec pacjenta | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. kultura osobista wobec zespołu | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. **Informacje dotyczące infrastruktury i warunków do prowadzenia praktyk studenckich:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Czy wyznaczony jest Opiekun praktyki ? | TAK | NIE |
| **Informacje dotyczące opiekuna praktyki:** | | |
| Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………..……………… | | |
| Doświadczenie w zawodzie (lata pracy): ………………………………………………………………….…. | | |
| Posiadana specjalizacja: ………………………………………………………………………..………………….… | | |
| * Czy posiadana przez placówkę infrastruktura umożliwia realizację programu praktyki ? | TAK | NIE |

1. **WNIOSKI/UWAGI UZUPEŁNIAJĄCE** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………  data hospitacji | …………………….…………………………  podpis osoby hospitującej | …………………….…………………………  podpis studenta |