****

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**

**ÖĞRENCİ UYGULAMA DEFTERİ**

**Marmara Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Sağlık Yönetimi Bölümü**

**ÖĞRENCİ UYGULAMA DEFTERİ**

FOTOĞRAF

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  |
| **Fakülte Numarası** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **E-mail Adresi** |  |
| **Uygulamanın Başlama Tarihi** |  |
| **Uygulamanın Bitiş Tarihi** |  |
| **Toplam Uygulama Günü** |  |

**Uygulama Yapılan Sağlık Kurumu İle İlgili Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sağlık Kurumunun Adı** |  |
| **Sağlık Kurumunun Adresi** |  |
| **Sağlık Kurumunun Telefon Numarası** |  |
| **Sağlık Kurumunun E-mail Adresi** |  |

**Sayın Sağlık Kurumu Yetkilisi,**

Üniversitemiz Sağlık Yönetimi Bölümünün Hastane İşletmeciliği, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Bilişimi ve Teknolojileri, Sağlık Politikaları Anabilim Dalları, öğrencilerimizi eğitimlerinin ilk üç yılında teorik derslerle alana en iyi biçimde hazırlamaktadır. Öğrencilerimiz, kazandıkları bilgilerin nasıl kullanıldığını öğrenmek ve alan tecrübesi kazanmak üzere eğitimlerinin son yılında, önde gelen sağlık kurumlarında uygulama yapmakla yükümlüdür.

Uygulama için gelen öğrencimizin kurumunuzun farklı bölümlerinde belirli süreler bulunmasını hedeflemekteyiz. Öğrencimizin kurumunuzda bulunacağı -haftasonları ve cuma günleri hariç- 2 veya 3 hafta boyunca kendisini yönlendirmeniz, gerektiğinde bilgilendirmeniz ve denetlemeniz, gelecekte mesleğinin gereklerini yerine getirebilmesi için yeri doldurulamaz bir destek olacaktır.

Bu denetimin bir parçası olarak, öğrencimizin uygulama yaptığı bölümlerdeki yetkililerin, öğrenci uygulama defterinde yeralan ‘bölüme başlangıç ve bitiş tarihleri’ni doldurmalarını ve kurum yetkilisinin öğrencimizin performansını değerlendirmesini rica ediyoruz. Öğrencimiz uygulamanın en az % 80’ine devam etmek zorundadır.

Kurumunuzda uygulama imkanı vererek öğrencimizin eğitimine yaptığınız katkı ve üniversitemizle işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

**Uygulama Yapılan Bölümler ve Bölüm Yetkilisi Onayları**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bölüm** | **Başlangıç Tarihi** | **Bitiş**  **Tarihi** | **Yetkilinin**  **Adı Soyadı** | **Yetkilinin İmzası** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Toplam Uygulama Günü** |  | |

## Sağlık Kurumu Yetkilisinin Öğrenci Hakkındaki Değerlendirmesi

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nitelikler** | **Çok iyi**  **(5)** | **İyi**  **(4)** | **Yeterli**  **(3)** | **Zayıf**  **(2)** | **Çok zayıf (1)** |
| **İşe gösterilen özen** |  |  |  |  |  |
| **Öğrenme arzusu** |  |  |  |  |  |
| **Personelle iletişim becerisi** |  |  |  |  |  |
| **Ekip çalışmasına yatkınlık** |  |  |  |  |  |
| **Görevlerini yerine getirme çabası** |  |  |  |  |  |
| **Zamanı verimli kullanma** |  |  |  |  |  |
| **Kaynakları etkin kullanma** |  |  |  |  |  |
| **Problem çözme yeteneği** |  |  |  |  |  |
| **Öğrenci hakkında diğer değerlendirmeler:** | | | | | |

**Öğrencinin devamsızlığı:** ………. **gün**

**Gelecek yıl kurumunuzda fakültemizden uygulama öğrencisi bulunmasını ister misiniz?**

**Uygulama Yetkilisi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unvanı** | **Adı Soyadı** | **İmzası** | **Tarih** |
|  |  |  |  |

**Uygulama Gözetmeninin Öğrenci Hakkındaki Değerlendirmesi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nitelikler** | **Çok iyi**  **(5)** | **İyi**  **(4)** | **Yeterli**  **(3)** | **Zayıf**  **(2)** | **Çok zayıf (1)** |
| **İşe zamanında gelme** |  |  |  |  |  |
| **Dış görünüm** |  |  |  |  |  |
| **Kurallara uyma** |  |  |  |  |  |
| **Talimatlara uyma** |  |  |  |  |  |
| **Kurum kültürüne uyma** |  |  |  |  |  |
| **Personelle iletişim becerisi** |  |  |  |  |  |
| **Öğrenci hakkında diğer değerlendirmeler:** | | | | | |

**Öğrencinin devamsızlığı:** ………. **gün**

**Uygulama Gözetmeni:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unvanı** | **Adı Soyadı** | **İmzası** | **Tarih** |
|  |  |  |  |

**Öğrencinin Çalıştığı Birimler Hakkındaki Geribildirimi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bölüm** | **Yapılan işler**  **Birimin olumlu/olumsuz yönleri**  **Öneriler** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Öğrencinin Kurum Hakkındaki Geribildirimi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kesinlikle (5)** | **Evet**  **(4)** | **Kısmen**  **(3)** | **Hayır**  **(2)** | **Hiç (1)** |
| **Sağlık yönetimi alanında edindiğim bilgileri nasıl uygulayacağımı öğrendim.** |  |  |  |  |  |
| **Sağlık yönetimi ile ilgili görev alanlarının neler olduğunu öğrendim.** |  |  |  |  |  |
| **Mezuniyet sonrası  hangi alana yöneleceğim konusunda fikrim oldu.** |  |  |  |  |  |
| **Uygulama için bu kurumu sağlık yönetimi öğrencilerine öneririm.** |  |  |  |  |  |
| **Kurumun olumlu yönleri** |  | | | | |
| **Kurumun olumsuz yönleri** |  | | | | |