



T.C.

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
KEMAL DEMİR FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON
YÜKSEKOKULU

..... /..... Eğitim Öğretim Yılı

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

..... Klinik Yaz Stajı/..... Dönem

Uygulama Dosyası

Öğrencinin

Adı Soyadı :

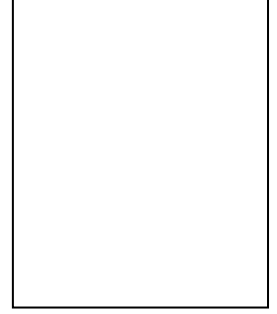
No :

Staj Yapan Öğrencinin Sorumluluğu

- 1- Öğrenci, staj komisyonu tarafından hazırlanan staj programına uymak zorundadır. Staj Komisyonunun onayını almadan staj dönemini ve staj yapacağı kurumu değiştiremez.
- 2- Öğrenci stajın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yapmak zorundadır.
- 3- Staj yapan öğrenci, staj yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
- 4- Staj yapan her öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı mekan, alet, malzeme ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
- 5- Öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma kurallarına uymak zorundadır.
- 6- Staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kayıt etmelidir.
- 7- Klinik yaz stajı 30 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
- 8- Staj raporu her gün düzgün olarak tutulmalı ve sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.
- 9- Staj sonunda staj yapılan kurum ile ilgili öğrenci görüşlerinin belirtileceği form doldurulmalıdır.
- 10- Rapor sonundaki kurumla ilgili doldurulması gereken formlar staj başında sorumlu fizyoterapiste teslim edilmelidir.
- 11- Staj sonunda kurumla ilgili formlar kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak staj defterinin ilk sayfasına zımbalanmalıdır ve en geç 15 gün içerisinde Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Öğrenci İşlerine teslim edilmelidir.
- 12- Staj raporu (kapalı zarf içindeki kurum raporu ile birlikte) T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Öğrenci İşlerine öğrenci tarafından elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
- 13- Staj raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır.

Bu yükümlülüklerini yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir. Öğrenci hakkında ayrıca Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır. **NOT: Raporda belirtilen sayıdan fazla olgu takibi yapılmışsa öğrenci ek olarak doldurduğu raporları, ana rapor dosyasına eklenmelidir.**

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
KEMAL DEMİR FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON YÜKSEKOKULU
STAJ RAPOR DOSYASI



Öğrencinin	
Adı, Soyadı	
Numarası	

Staj Yaptığı Kurumun	İlk 3 hafta	Son 3 hafta
İletişim Bilgileri		
Stajın Başlama Tarihi		
Stajın Bitiş Tarihi		
Not: Bu kısımlar yetkili kişi tarafından doldurulup, sorumluluk alanı, yetkisi, görevi ile kaşe, resmi mühür ve imzalar tam olmalıdır.		

İLK 3 HAFTA	
Staj Sorumlusunun	Kurum Yetkilisinin
Adı, Soyadı	Adı, Soyadı
İmza /Kaşe	İmza/Kaşe/Mühür

SON 3 HAFTA	
Staj Sorumlusunun	Kurum Yetkilisinin
Adı, Soyadı	Adı, Soyadı
İmza /Kaşe	İmza/Kaşe/Mühür

Staj Yapılan Kurum ile İlgili Görüş Bildirim Formu

(Bu kısım staj yapan öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Lütfen aşağıdaki sorulara objektif cevaplar veriniz.

1- Staj sonunda staj yaptığınız kurum ile ilgili genel düşünceleriniz nelerdir?

2- Yaptığınız staj sonrasında neler öğrendiniz?

3- Yaptığınız stajla ilgili önerileriniz nelerdir?

Olgu – 1 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 1 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 1 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 2 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 2 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 2 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 3 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 3 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 3 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 4 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 4 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 4 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 5 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 5 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 5 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 6 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 6 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 6 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 7 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 7 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 7 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 8 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 8 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 8 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 9 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 9 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 9 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 10 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 10 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 10 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 11 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 11 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 11 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 12 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 12 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 12 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 13 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 13 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 13 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 14 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 14 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 14 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 15 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 15 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 15 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 16 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 16 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 16 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 17 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 17 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 17 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 18 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 18 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 18 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 19 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 19 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 19 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 20 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 20 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Olgu – 20 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza:

