**Ewaluacja pracy studenta/studentki dokonywana przez pracodawcę   
(wypełnia opiekun praktyk)**

Miejsce odbywania praktyki zawodowej: ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

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

Nr albumu: …………………………………………...................................................................

Termin odbywania praktyk: …………………………………….. liczba godzin: ……………

Czy praktykant/praktykanta zdobył/a umiejętności niezbędne do pracy na stanowisku pracy na którym odbywał/a praktyki?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykantka nabył/a wiedzę praktyczną dotyczącą realizacji zadań stawianych przed placówką?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykantka zna i rozumie prawne, organizacyjne i etyczne uwarunkowania wykonywania działalności zawodowej w placówce ochrony zdrowia?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykanta zna i rozumie strukturę organizacyjną, zadania, zasadę funkcjonowania, obieg dokumentów, system informacyjny i porządek pracy w placówce ochrony zdrowia?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykanta potrafi planować, realizować oraz dokumentować działania związane z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia realizowaną przez placówkę ochrony zdrowia?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykanta potrafi identyfikować błędy i nieprawidłowości związane z przechowywaniem i udostępnianiem dokumentacji medycznej w placówce ochrony zdrowia?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykanta potrafi zastosować wiedzę akademicką w realiach pracy instytucji związanej z ochroną zdrowia?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykanta jest gotów/a do uznawania i przestrzegania praw innych osób oraz do okazywania im szacunku?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Czy praktykant/praktykanta jest gotów/a do odpowiedzialnego wykonywania zadań zawodowych, kierując się przy tym zasadami etycznymi?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**zdecydowanie nie zdecydowanie tak**

Jak Pani/Pan ocenia przygotowanie studenta/studentki do pracy na stanowisku pracy na którym odbywał/a praktyki? (Pytanie ma charakter swobodnej wypowiedzi, w której prosimy o informacje na temat wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych jakie posiadają studenci/studentki po odbytych praktykach). ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dodatkowe uwagi:

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

Ogólna ocena pracy studenta/studentki (oceny: 2,0; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0): ………………

……………………………….

Data i podpis opiekuna praktyk