

## KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kierunek studiów **PIELĘGNIARSTWO** poziom studiów **STUDIA II STOPNIA**

Rok studiów I                      semestr studiów I                      rok akademicki **2023/2024**

Przedmiot: **PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA** (20 godz.)

Nazwa Placówki, w której będzie realizowana praktyka zawodowa.....

Nazwa Oddziału .....

Imię i nazwisko opiekuna praktyk .....

\* Właściwe podkreślić

| KRYTERIUM OCENY                                                                                         |                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wykształcenie opiekuna praktyki zawodowej *                                                             | <input type="checkbox"/> mgr pielęgniarstwa                                                                                        |
| Zajmowane stanowisko**                                                                                  | <input type="checkbox"/> naczelną/y<br><input type="checkbox"/> oddziałową/y<br><input type="checkbox"/> pielęgniarka koordynująca |
| Staż pracy w zakresie zgodnym z przedmiotem praktyki zawodowej studenta *                               | <input type="checkbox"/> minimum 1 rok                                                                                             |
| Szkolenie podyplomowe opiekuna praktyki zawodowej                                                       | specjalizacja (jaka?)                                                                                                              |
|                                                                                                         | lub kurs kwalifikacyjny (jaki)                                                                                                     |
|                                                                                                         | inne szkolenia (jakie?)                                                                                                            |
| Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna praktyki zawodowej lub/i w prowadzeniu zajęć ze studentami * | TAK                                                                                                                                |
|                                                                                                         | NIE                                                                                                                                |

.....  
podpis naczelnej/przełożonej

Zadaniem opiekuna praktyk zawodowych jest opieka i koordynacja praktyki na terenie podmiotu leczniczego oraz wypełnienie dzienniczka praktyk wraz z wystawieniem oceny.

\*\* obowiązkowo w przypadku praktyki ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE