



T.C.  
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

20.../20... Eğitim Öğretim Yılı

Yaz Stajı ...

Klinik Staj Defteri

**Öğrencinin**

Adı Soyadı : .....

No : .....

**KMÜ SBF FTR Ders Sorumlusu**

Ünvan, Adı Soyadı: .....

## Staj Yapan Öğrencinin Sorumluluğu

- 1- Öğrenci stajın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yapmak zorundadır.
- 2- Staj yapan öğrenci, staj yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
- 3- Staj yapan her öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı mekân, alet, malzeme ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
- 4- Öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma kurallarına uymak zorundadır.
- 5- Öğrenci hekim tarafından teşhisi konmuş hastalara, sorumlu fizyoterapistin gözetiminde planlanan fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmelerini yapar ve tedavi programını gözlemler.
- 6- Staj defteri, mavi tükenmez kalem ve el yazısı ile doldurulmalıdır.
- 7- Staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kaydetmelidir.
- 8- Staj defteri her gün düzenli olarak tutulmalı ve sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.
- 9- Hastalara ait görsel ve işitsel (fotoğraf, video, ses kaydı vb.) bilgileri sosyal medyada paylaşmak yasaktır.
- 10- İlgili Klinik Staj Değerlendirme Formu gecikmeleri önlemek için stajyer öğrenci aracılığı ile staj başlangıcında sorumlu fizyoterapiste teslim edilecek, staj bitiminde (**zarfın üzeri imzalı ve kapalı olmak üzere**) kurumumuza getirilecektir. **Öğrenciler Klinik Staj Defterlerini ve kapalı zarf içinde Staj Değerlendirme Formunu staj bitimini takiben en geç 14 gün içerisinde şahsen veya posta yolu ile ders sorumlusuna teslim etmek zorundadır.**
- 11- Staj değerlendirme formunu ve staj defterini 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.

**Stajınızda başarılar dileriz.**

**T.C.**  
**KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**  
**KLİNİK STAJ DEFTERİ**

<b>Öğrenci Genel Bilgileri</b>		<b>Fotoğraf</b>
<b>Adı Soyadı</b>		
<b>Numarası</b>		
<b>Tel (Cep)</b>		
<b>E-mail</b>		
<b>Adres</b>		

<b>Staj Yaptığı Kurumun</b>	
<b>Staj Adı/Yeri</b>	
<b>İletişim Bilgileri</b>	
<b>Stajın Başlama Tarihi</b>	
<b>Stajın Bitiş Tarihi</b>	
Not: Bu kısımlar yetkili kişi tarafından doldurulup, sorumluluk alanı, yetkisi, görevi ile kaşe, resmi mühür ve imzalar tam olmalıdır.	

Sorumlu Fizyoterapist

Adı, Soyadı

İmza /Kaşe

Kurum Yetkilisinin

Adı, Soyadı

İmza/Kaşe/Mühür

## Staj ile İlgili Görüş Bildirim Formu

**(Bu kısım Yaz Stajı bitiminde Yaz Stajı yapan öğrenci tarafından doldurulacaktır.)**

1- Staj sonunda staj yaptığınız kurum ile ilgili (kurumun genel özellikleri, fiziki şartları, çalışma prensibi vb.) genel düşünceleriniz nelerdir?

2- Staj sırasında kendinizde eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim vb.) nelerdir?

3. Staj sırasında kazandığınız fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulama becerileri nelerdir?

3- Yaptığınız stajla ilgili önerileriniz nelerdir?

<b>No</b>	<b>Adı Soyadı</b>	<b>Tam</b>	<b>Tedavi Başlama Tarih</b>	<b>Seans Sayısı</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

## Olgu – 1 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirmeler tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 1 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 1 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 2 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 2 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 2 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

### Olgu – 3 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

### **Olgu – 3 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

### **Olgu – 3 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 4 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 4 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir)

## **Olgu – 4 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 5 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 5 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 5 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 6 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 6 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 6 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 7 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## **Olgu – 7 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 7 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 8 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 8 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 8 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 9 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 9 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 9 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 10 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 10 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 10 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 11 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 11 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 11 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 12 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 12 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 12 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 13 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 13 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 13 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 14 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 14 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 14 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

## Olgu – 15 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Tanı :

Hikâye :

Şikâyet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 15 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

## **Olgu – 15 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza