T.C.

BATMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

MESLEKİ UYGULAMA DEFTERİ

BATMANÜNİVERSİTESİ

ÖĞRENCİNİN

ADI SOYADI :.....

BÖLÜMÜ/PROGRAMI :.....

SINIFI ve NUMARASI :.....

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** **HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (PERSONEL)**	Doküman No : FR-557 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Hastane / Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

YETKİLİ SAĞLIK PERSONELİ DEĞERLENDİRME MATRİSİ

Puanlama: 0 = Yetersiz | 5 = Eksiksiz.

Her kriter için yalnızca bir kutu işaretleyiniz.

No	Değerlendirme Kriteri	0	1	2	3	4	5
1	Geliş-gidiş saatlerine uyum	□	□	□	□	□	□
2	Kılık-kıyafet yönetmeliğine ve hijyen kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
3	Personel ve hastalar ile iletişim / empati	□	□	□	□	□	□
4	İşe ilgi, motivasyon, öğrenme isteği ve verilen görev/talimatları kavrama düzeyi	□	□	□	□	□	□
5	Mesleki uygulama becerisi; alet, cihaz ve teçhizatı uygun ve yeterli kullanma	□	□	□	□	□	□
6	Sorumluluk bilinci, iş akışına uyum, çalışma hızı ve zamanı planlı/verimli kullanma	□	□	□	□	□	□
7	Problem çözme, kriz yönetimi; etik ilkeler, hasta hakları ve kurum kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
8	Genel değerlendirme puanı	□	□	□	□	□	□

SONUÇ, GÖRÜŞ VE ONAY

Sorumlu Personelin Öğrenci Hakkındaki Nitel Görüş, Öneri ve Kanaati	
DEĞERLENDİREN SAĞLIK PERSONELİ	**UYGULAMA SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI**
Unvanı / Adı Soyadı:	Unvanı / Adı Soyadı:
Tarih: __/__/20__	Onay Tarihi: __/__/20__
Kaşe / İmza	**İmza**

HAZIRLAYAN	**KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** **HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (PERSONEL)**	Doküman No : FR-557 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Hastane / Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

YETKİLİ SAĞLIK PERSONELİ DEĞERLENDİRME MATRİSİ

Puanlama: 0 = Yetersiz | 5 = Eksiksiz.

Her kriter için yalnızca bir kutu işaretleyiniz.

No	Değerlendirme Kriteri	0	1	2	3	4	5
1	Geliş-gidiş saatlerine uyum	□	□	□	□	□	□
2	Kılık-kıyafet yönetmeliğine ve hijyen kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
3	Personel ve hastalar ile iletişim / empati	□	□	□	□	□	□
4	İşe ilgi, motivasyon, öğrenme isteği ve verilen görev/talimatları kavrama düzeyi	□	□	□	□	□	□
5	Mesleki uygulama becerisi; alet, cihaz ve teçhizatı uygun ve yeterli kullanma	□	□	□	□	□	□
6	Sorumluluk bilinci, iş akışına uyum, çalışma hızı ve zamanı planlı/verimli kullanma	□	□	□	□	□	□
7	Problem çözme, kriz yönetimi; etik ilkeler, hasta hakları ve kurum kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
8	Genel değerlendirme puanı	□	□	□	□	□	□

SONUÇ, GÖRÜŞ VE ONAY

Sorumlu Personelin Öğrenci Hakkındaki Nitel Görüş, Öneri ve Kanaati	
DEĞERLENDİREN SAĞLIK PERSONELİ	**UYGULAMA SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI**
Unvanı / Adı Soyadı:	Unvanı / Adı Soyadı:
Tarih: __/__/20__	Onay Tarihi: __/__/20__
Kaşe / İmza	**İmza**

HAZIRLAYAN	**KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** **HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (PERSONEL)**	Doküman No : FR-557 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Hastane / Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

YETKİLİ SAĞLIK PERSONELİ DEĞERLENDİRME MATRİSİ

Puanlama: 0 = Yetersiz | 5 = Eksiksiz.

Her kriter için yalnızca bir kutu işaretleyiniz.

No	Değerlendirme Kriteri	0	1	2	3	4	5
1	Geliş-gidiş saatlerine uyum	□	□	□	□	□	□
2	Kılık-kıyafet yönetmeliğine ve hijyen kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
3	Personel ve hastalar ile iletişim / empati	□	□	□	□	□	□
4	İşe ilgi, motivasyon, öğrenme isteği ve verilen görev/talimatları kavrama düzeyi	□	□	□	□	□	□
5	Mesleki uygulama becerisi; alet, cihaz ve teçhizatı uygun ve yeterli kullanma	□	□	□	□	□	□
6	Sorumluluk bilinci, iş akışına uyum, çalışma hızı ve zamanı planlı/verimli kullanma	□	□	□	□	□	□
7	Problem çözme, kriz yönetimi; etik ilkeler, hasta hakları ve kurum kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
8	Genel değerlendirme puanı	□	□	□	□	□	□

SONUÇ, GÖRÜŞ VE ONAY

Sorumlu Personelin Öğrenci Hakkındaki Nitel Görüş, Öneri ve Kanaati	
DEĞERLENDİREN SAĞLIK PERSONELİ	**UYGULAMA SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI**
Unvanı / Adı Soyadı:	Unvanı / Adı Soyadı:
Tarih: __/__/20__	Onay Tarihi: __/__/20__
Kaşe / İmza	**İmza**

HAZIRLAYAN	**KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (ÖĞRENCI)	Doküman No : FR-558 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

ÖĞRENCİ UYGULAMA VE FAALİYET BİLDİRİMİ

Aşağıdaki tablo öğrenci tarafından doldurulur. Hasta adı, T.C. kimlik numarası veya hastayı doğrudan tanımlayabilecek kişisel veri yazılmamalıdır.

Gerçekleştirilen Klinik / Mesleki Uygulamalar ve İşlemler	
Gözlemlenen Vakalar ve Süreçler	
Kullanılan Cihaz, Alet ve Tıbbi Teçhizat	
Karşılaşılan Zorluklar, Çözüm Yolları ve Mesleki Kazanımlar	

ÖĞRENCİ BEYANI

Bu formda yer alan bilgilerin uygulama sürecimi gerçeğe uygun biçimde yansıttığını; kurum kuralları, mesleki etik, hasta hakları, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyduğumu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih / İmza**	__/__/20__

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	BATMAN ÜNİVERSİTESİ **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** **HASTANE UYGULAMASI TAKIP VE DEĞERLENDIRME FORMU (PERSONEL)**	Doküman No : FR-557 İlk Yayın Tarihi : 28.09.2026 Revizyon Tarihi : Revizyon No : 00 Sayfa No : 1 / 1

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı		**Tarih**	
Öğrenci No		**Programı**	
Akademik Yıl / Yarıyıl	20__ - 20__ / □ Güz □ Bahar	**Hastane / Sağlık Kuruluşu**	
Birim / Klinik / Servis			
Sorumlu Personel / Birim			

YETKİLİ SAĞLIK PERSONELİ DEĞERLENDİRME MATRİSİ

Puanlama: 0 = Yetersiz | 5 = Eksiksiz.

Her kriter için yalnızca bir kutu işaretleyiniz.

No	Değerlendirme Kriteri	0	1	2	3	4	5
1	Geliş-gidiş saatlerine uyum	□	□	□	□	□	□
2	Kılık-kıyafet yönetmeliğine ve hijyen kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
3	Personel ve hastalar ile iletişim / empati	□	□	□	□	□	□
4	İşe ilgi, motivasyon, öğrenme isteği ve verilen görev/talimatları kavrama düzeyi	□	□	□	□	□	□
5	Mesleki uygulama becerisi; alet, cihaz ve teçhizatı uygun ve yeterli kullanma	□	□	□	□	□	□
6	Sorumluluk bilinci, iş akışına uyum, çalışma hızı ve zamanı planlı/verimli kullanma	□	□	□	□	□	□
7	Problem çözme, kriz yönetimi; etik ilkeler, hasta hakları ve kurum kurallarına uyum	□	□	□	□	□	□
8	Genel değerlendirme puanı	□	□	□	□	□	□

SONUÇ, GÖRÜŞ VE ONAY

Sorumlu Personelin Öğrenci Hakkındaki Nitel Görüş, Öneri ve Kanaati	
DEĞERLENDİREN SAĞLIK PERSONELİ	**UYGULAMA SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI**
Unvanı / Adı Soyadı:	Unvanı / Adı Soyadı:
Tarih: __/__/20__	Onay Tarihi: __/__/20__
Kaşe / İmza	**İmza**

HAZIRLAYAN	**KONTROL EDEN**	**ONAYLAYAN**