**Załącznik nr 10** do Regulaminu

praktyk zawodowych dla studentów

kierunku lekarskiego

**KRYTERIA WYBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH (ANKIETA)**

Miejsce realizacji praktyk zawodowych (Klinika/Oddział/Poradnia/Zakład – pełna nazwa): ……………………….......

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

Adres: ulica …………………………………………………….……… kod pocztowy ……………..………………....

miejscowość ……………………………………………………………… KRS …………………………...…………..

Kierunek studiów………….……………...…….…….. Rok studiów………………………………………..………….

Zakres praktyki zawodowej ……………..……………….….….….……… termin realizacji …….………..…………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium** | | **Ocena punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| Placówka medyczna **ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia\*** oraz: | posiada akredytację | 4 |  |
| przygotowuje się do akredytacji | 3 |  |
| nie posiada akredytacji | 2 |  |
| nie ma podpisanego kontraktu z NFZ | 0 – brak możliwości realizacji praktyki |  |
| Opiekun praktyki ze strony placówki | **posiada co najmniej**  **5-letnie doświadczenie**  **w pracy zawodowej\*** | 2 |  |
| nie posiada wymaganego co najmniej 5-letnie doświadczenia w pracy zawodowej | 0 – brak możliwości realizacji praktyki |  |
| Pracownicy placówki medycznej posiadają doświadczenie w pracy ze studentami | zajęcia systematycznie co roku | 2 |  |
| kilka razy w roku | 1 |  |
| sporadycznie | 0 |  |
| Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizacje celów kształcenia (zgodny z harmonogramem praktyk) | tak | 2 |  |
| nie | 0 – brak możliwości realizacji praktyki |  |
| Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według obowiązujących procedur | tak | 2 |  |
| nie | 0 – brak możliwości realizacji praktyki |  |
| LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM | | |  |

**Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej ≥ 8 pkt**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\* na odbycie praktyki zawodowej przez studenta

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

*imię i nazwisko*

……………..……...............…………..………

Pieczątka i podpis dyrektora/prezesa placówki

Po przeanalizowaniu kryteriów, wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\* na odbycie praktyki zawodowej w w/w placówce

………....................………………………….

Podpis wydziałowego opiekuna praktyk

\* warunek konieczny

\*\* niepotrzebne skreślić