

U.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK PROGRAMI İNTÖRNLÜK UYGULAMASI
İMZA ÇİZELGESİ

Öğrencinin:

Adı soyadı:

No:

Akademik yıl:

İntörnlük uygulama alanı:

Klinik adı:

HAFTALAR	1. GÜN		2.GÜN		3. GÜN	
	Sabah	Akşam	Sabah	Akşam	Sabah	Akşam
1. Hafta						
2. Hafta						
3. Hafta						
4. Hafta						
5. Hafta						
6. Hafta						
7. Hafta						
8. hafta						
9. hafta						
10. hafta						
11. hafta						
12. hafta						
13. hafta						
14. hafta						

Öğrencinin gelmediği gün sayısı.....,

Hastalık nedeni ile klinikten ayrıldığı gün sayısı.....

Kliniğe devam ettiği gün sayısı.....

Değerlendirmeyi yapan
Klinik sorumlu hemşiresi

Adı soyadı
İmza
Tarih