

WZÓR

(str. 1)

KARTA STAŻU ADAPTACYJNEGO PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZA*

Imię i nazwisko

Data urodzenia

(dzień, miesiąc, rok)

Dyplom pielęgniarki/pielęgniarza* nr

Data i miejsce wydania

(dzień, miesiąc, rok, miejscowość)

Wydany przez

(nazwa i adres szkoły)

Numer zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu

wydanego przez

(nazwa i siedziba właściwej okręgowej izby pielęgnarek i położnych)

Data i miejsce wydania

(dzień, miesiąc, rok, miejscowość)

Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym pielęgniarka/pielęgniarz* odbywa staż adaptacyjny

.....

Okres zatrudnienia od do

(dzień, miesiąc, rok)

(dzień, miesiąc, rok)

Data wydania karty stażu adaptacyjnego pielęgniarki/pielęgniarza*

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

Podpis kierownika podmiotu leczniczego:

.....

* Niepotrzebne skreślić.

(str. 2)

STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE WEWNĘTRZNYM

Nazwa podmiotu leczniczego

Nazwa komórki organizacyjnej

Termin stażu cząstkowego od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego

Ocena umiejętności zawodowych

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

(str. 3)

STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE PEDIATRYCZNYM

Nazwa podmiotu leczniczego

Nazwa komórki organizacyjnej

Termin stażu cząstkowego od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego

Ocena umiejętności zawodowych

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE CHIRURGICZNYM

Nazwa podmiotu leczniczego

Nazwa komórki organizacyjnej

Termin stażu cząstkowego od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego

Ocena umiejętności zawodowych

.....

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE POŁOŻNICZO-NOWORODKOWYM

Nazwa podmiotu leczniczego

Nazwa komórki organizacyjnej

Termin stażu cząstkowego od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego

Ocena umiejętności zawodowych

.....

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

(str. 6)

STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

Nazwa podmiotu leczniczego

Nazwa komórki organizacyjnej

Termin stażu cząstkowego od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego

Ocena umiejętności zawodowych

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

(str. 7)

STAŻ CZĄSTKOWY W PODMIOCIE LECZNICZYM WYKONUJĄCYM ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Nazwa podmiotu leczniczego

Nazwa komórki organizacyjnej

Termin stażu cząstkowego od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego

Ocena umiejętności zawodowych

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

(str. 8)

**STAŻ CZĄSTKOWY W PODMIOCIE LECZNICZYM WYKONUJĄCYM ŚWIADCZENIA
ZDROWOTNE Z ZAKRESU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ LUB PALIATYWNEJ**

Nazwa podmiotu leczniczego

Nazwa komórki organizacyjnej

Termin stażu cząstkowego od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego

Ocena umiejętności zawodowych

.....

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

(str. 9)

Uwagi o przebiegu stażu cząstkowego

Opinia zawodowa pielęgniarki

(wypełnia koordynator stażu adaptacyjnego)
