PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
Általános Orvostudományi Kar
Alapellátási Intézet

OKTATÓI ÉRTÉKELŐLAP
Az orvosi kommunikáció gyakorlata - nyári gyakorlathoz

FONTOS: Jelen űrlapot hiánytalanul kitöltve feltölteni a Neptunban az erre kijelölt időszakon belül! A teljesítésigazolás teljes dokumentációjának feltöltése nélkül gyakorlata nem fogadható el.

A.	**A hallgató személyes adatai**
Vezetéknév:	**Utónév:**
E-mail cím:	**Neptun kód:** ☐☐☐☐☐☐☐☐
Levelezési cím:	**Telefonszám:**

B.	**A praxisgyakorlat adatai**
Az oktató családorvos neve:	
A praxis helye:	
A gyakorlat időpontja:	

C.	**Oktatói értékelés**

A program értékelése:

(Kérjük, karikázza be azt a választ, amely a legjobban kifejezi véleményét az adott kérdésről!)

A gyakorlat időpontja megfelelő volt:	**Igen**	**Nem**
Az 1 hetes időtartam megfelelő volt:	**Igen**	**Nem**
ha nem, ideális időtartam (hét):		
Végzett-e rendelési időn kívüli oktatást?	**Igen**	**Nem**
Megfelelő-e a Családorvostani Intézet támogatása?	**Igen**	**Nem**
ha nem, indokolja:		

A hallgató munkájának értékelése

(Kérjük, karikázza be azt a számot, amely a legjobban kifejezi véleményét az adott kérdésről!)

	nem megfelelő	megfelelő	közepes	jó	jeles
A hallgató érdeklődése	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A hallgató kommunikációs készsége	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A hallgató gyakorlati készsége	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

H-7623 Pécs, Rákóczi út 2.
Telefon: (72)-504-205 FAX: (72)-504-202 E-mail: alapellatas@pte.hu

A családorvosi gyakorlat elfogadása:	
□ A gyakorlat teljesítését elfogadom	**□ A gyakorlat teljesítését nem fogadom el**
Aláírás:	**Aláírás:**
Dátum / Pecsét:	**Dátum / Pecsét:**
Megjegyzés/Javaslat:	

D.	**A PTE ÁOK tantárgyfelelősének nyilatkozata (a tantárgyfelelős tölti ki)**
Klinika neve:	**Tantárgyfelelős neve:**
Megjegyzés:	
□ A gyakorlat teljesítését elfogadom	**□ A gyakorlat teljesítését nem fogadom el**
Aláírás:	**Aláírás:**
Dátum / Pecsét:	**Dátum / Pecsét:**