

**ANKIETA
OCENY PRAKTYK ZAWOWDOWYCH**

Bonifraterskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Oddział w Katowicach

Kierunek:

Nazwa Szkoły:

Termin praktyki:

Ankieta przeznaczona jest dla uczniów i studentów odbywających praktyki zawodowe. Celem jej jest dokonanie oceny czynników wpływających na realizację programu praktyk. Ankieta jest anonimowa.

Wypełnione Ankiety prosimy wrzucać do skrzynki kadrowej przed wejściem do Administracji na trzecim piętrze.

Lp.	Przedmiot oceny	5- bardzo dobrze (zdecydowanie tak)	4 - dobrze (raczej tak)	3 - średnio	2 - słabo (raczej nie)	1 - źle (zdecydowanie nie)
I.	Ocena merytoryczna: Przygotowanie merytoryczne opiekuna praktyk					
	Stopień pogłębienia wiedzy (np. uzyskanie nowej wiedzy lub możliwość pogłębienia i utrwalenia już znanej)					
	Realizacja programu praktyk studenckich					
II.	Ocena organizacji zajęć/praktyk: Warunki, w których odbywała się praktyka (np. wyposażenie w sprzęt, liczba chorych, zakres diagnostyki, leczenia, warunki dla pacjentów i studentów itp.)					
	Organizacja i przystępność przekazywania informacji przez opiekuna praktyk					
	Ocena terminowości – czy zajęcia rozpoczynały się i kończyły o czasie					
III.	Ocena atmosfery zajęć/praktyk: Stosunek opiekuna w miejscu realizacji praktyki do studentów (np. życzliwość, opieka, gotowość do udzielania wsparcia itp.)					
	Czy zajęcia/ praktyki odbywały się w atmosferze przyjaznej dla dydaktyki?					
	Stosunek pracowników Oddziału do Praktykantów					
	Czy zajęcia w naszym Szpitalu są warte polecenia innym Praktykantom?					
IV.	Ocena szpitala: Warunki bytowe dla pacjentów (wyposażenie, sale chorych, posiłki, opieka itp.)					

	Stosunek pracowników szpitala do pacjentów					
	Przestrzeganie praw pacjentów w naszym Szpitalu – prawo do informacji, do zachowania godności, prawo do ochrony danych osobowych, możliwość spotkania z rodziną					
	Ogólna organizacja Szpitala					

Ewentualne inne Pani/Pana uwagi odnoszące się do ocenianej praktyki zawodowej

(np. czy Pani/Pana zdaniem praktyka zawodowa powinna odbywać się w tym ocenianym miejscu; czy opiekunem praktyk zawodowych powinna być nadal wyznaczona osoba; jakich czynności nie miała Pani/Pan możliwości wykonać w czasie ocenianej praktyki; co można by zmienić w ocenianej praktyce; itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy