

KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DLA POTRZEB KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO STUDENTÓW
NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE
WYŻSZEJ SZKOŁY REHABILITACJI W WARSZAWIE

.....
Nazwisko i imię/nr albumu

.....
.....

.....
Semestr, rok studiów

.....
.....

.....
Praktyka (zakreślić realizowaną praktykę):

- Praktyka semestr II
- Praktyka semestr III
- Praktyka semestr IV
- Praktyka semestr V
- Praktyka semestr VI

.....
.....

.....
.....
(nazwa placówki szkoleniowej, pieczętka)

Kryterium oceny		UWAGI	
Placówka			
Czy podmiot był wybierany wcześniej na miejsce odbywania praktyk studenckich?	wielokrotnie		
	raz		
	nigdy		
Czy charakter i specyfika podmiotu umożliwia realizację zagadnień zawartych w programie praktyk studenckich?	tak		
	nie		
Czy świadczenia realizowane przez placówkę są zgodne z obowiązującymi przepisami i standardami NFZ?	tak		
	nie		
Kadra			
Kwalifikacje osoby prowadzącej praktykę studencką:	Ratownik medyczny pełniący funkcję kierownika ZRM zgodnie z ustawą o PRM*, ratownika medycznego zatrudnionego w danym podmiocie		*dotyczy praktyk w ZRM
	Lekarz systemu pełniący funkcje kierownika ZRM, zgodnie z Ustawą o PRM*, lekarza zatrudnionego w danym podmiocie.		
	Pielęgniarki systemu PRM*, pielęgniarki zatrudnionej w danym podmiocie.		

Opiekunem jest ratownik medyczny z tytułem magistra w dziedzinie nauk o zdrowiu z 3 letnim stażem w zawodzie ratownika medycznego, licencjata z 5 letnim stażem w zawodzie ratownika medycznego lub pielęgniarka z tytułem magistra.	tak		W przypadku braku min. 3 letniego stażu pracy placówka nie może realizować praktyk
	nie		
Doświadczenie w pracy ze studentami w zakresie prowadzenia praktyk studenckich:	tak		
	nie		
Liczba zatrudnionych w placówce osób mogących prowadzić praktyki studenckie?	więcej niż jedna		
	jedna		
Osoba prowadząca praktyki studenckie posiada dodatkowo kursy lub inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych	tak		
	nie		
Zaplecze socjalne i dydaktyczne			
Czy podmiot dysponuje szatnią lub innym pomieszczeniem umożliwiające studentom przygotowanie się do zajęć i pozostawienie ich mienie zabezpieczone?	tak		
	możliwość zaadaptowania innego pomieszczenia		
	nie		
Imię i Nazwisko osoby wyznaczonej przez podmiot do koordynacji realizacji praktyki studenckiej			
Telefon kontaktowy i adres e-mail osoby wyznaczonej przez podmiot do koordynacji realizacji praktyki studenckiej			

- Praktyka studencka musi być realizowana zgodnie z programem praktyk zawartym w sylabusie opracowanym przez Wyższą Szkołę Rehabilitacji

Zatwierdzam
Kierownik szkolenia praktycznego

Uwagi: