



BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
TERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

**GÜNCEL FİZİYOTERAPİ UYGULAMALARI
RAPORU**

Öğrenci Adı Soyadı:

.....

Öğrenci Numarası:

.....

Sorumlu Öğretim Elemanı:

.....

20... – 20... / YARIYILI

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
TERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

**GÜNCEL FİZİYOTERAPİ UYGULAMALARI
RAPORU**

ÖĞRENCİ BİGİLERİ

Fotoğraf
50 mm X 60 mm

Adı Soyadı :
Öğrenci No :
Bölümü / Programı :
Uygulama Dönemi :
Eğitim Öğretim Yılı :
Tel. (Cep) :
e-mail :

İŞ YERİ BİGİLERİ

Uygulama Yeri (İş Yeri Adı) :
Klinik Uygulama Sorumlusu :
(Fizyoterapist / Fizyoterapi Teknikeri)

OLGU TAKİBİ

(Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacak, Klinik Uygulama Sorumlusu'na onaylatılacaktır. Hasta ismini yazmanın uygun olmadığı koşullarda hastaya ait ad- soyad baş harfleri kullanılabilir.)

	Gözlemlenen ve Tedavisine Katkıda Bulunulan Hasta	Tanısı
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Buradaki hastalar, yukarıda adı geçen öğrencinin klinik aktivitelerini doğru bir şekilde yansıtmaktadır.

Klinik Uygulama Sorumlusu Fizyoterapist / Fizyoterapi Teknikeri (Ad-Soyad ve İmza):

Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 1

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

Tarih:/...../.....

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu Fizyoterapist / Fizyoterapi Teknikeri (Ad-Soyad ve İmza):

Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 2

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

Tarih:/...../.....

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu Fizyoterapist / Fizyoterapi Teknikeri (Ad-Soyad ve İmza):

Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 3

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

Tarih:/...../.....

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu Fizyoterapist / Fizyoterapi Teknikeri (Ad-Soyad ve İmza):

Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 4

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

Tarih:/...../.....

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu Fizyoterapist / Fizyoterapi Teknikeri (Ad-Soyad ve İmza):

Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 5

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

Tarih:/...../.....

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu Fizyoterapist / Fizyoterapi Teknikeri (Ad-Soyad ve İmza):

Tarih:

*For the patient you had the opportunity to treat one-on-one, clearly describe below the general information about the patient's condition, as well as the tests, measurements, interventions, and equipment used in the assessment and treatment.

CASE 6

ASSESSMENT

Date:/...../.....

Date:/...../.....

Treatment Program

Date:/...../.....

Pre- and Post- Treatment Changes

General Information on the Condition

Clinical Practice Supervisor – Physiotherapist / Physiotherapy Technician (Full Name and Signature):

Date: