**ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ**

**ZORUNLU STAJ YÖNERGESİ**

**BİRİNCİ BÖLÜM**

**Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar**

**Amaç**

**Madde 1 ‒** Bu Yönerge, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğrencilerinin üniversite içi, yurt içi ve yurt dışı kurum ve kuruluşlarda öğrenimleri süresince yapmakla yükümlü oldukları zorunlu staj uygulamalarına ilişkin temel ilke, usul ve esasları belirler.

**Kapsam**

**Madde 2 ‒** Bu Yönerge, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü öğrencilerinin zorunlu staj uygulamalarının planlanması, koordinasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili hükümleri kapsar.

**Dayanak**

**Madde 3 ‒** Bu Yönerge, 18/1/2013 tarihli ve 28532 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Anadolu Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin 11 inci maddesine, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun Ek 24 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

**Tanımlar**

**Madde 4 ‒** Bu Yönergede geçen;

1. Bölüm: Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünü,
2. Bölüm Staj Koordinatörü:Bölüm staj komisyonuna başkanlık etmek üzere Bölüm Başkanı tarafından görevlendirilen öğretim elemanını,
3. Bölüm Staj Komisyonu: Dil ve Konuşma Terapisi Bölümünde staj faaliyetlerinin planlanması, koordinasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi için staj derslerinden sorumlu öğretim elemanlarından oluşturulan komisyonu,
4. Dekanlık: Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığını,
5. Fakülte: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesini,
6. Öğrenci İşleri Birimi:Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrenci İşleri Birimini,
7. SGK: Sosyal Güvenlik Kurumunu,
8. Staj Dersi Öğretim Elemanı: Belirli bir staj dersinden sorumlu bölüm öğretim elemanını,
9. Staj Komisyonu Başkanı: Dekan tarafından görevlendirilen, Fakültenin staj faaliyetlerinden sorumlu Dekan Yardımcısını,
10. Staj Yapılan Kurum/Kuruluş: Öğrencilerin zorunlu staj yapacağı kurum/kuruluşları,
11. Staj Yeri Uzman Dil ve Konuşma Terapisti (Uzman DKT): Staj yapılan kurum/kuruluşta öğrenciye mesleki iş ve görev veren ve onu denetleyen staj sorumlusu Uzman Dil ve Konuşma Terapistini,
12. Staj Yeri Yetkilisi: Kurum/kuruluşlarda staj faaliyetlerini yürütmekle yetkilendirilmiş kişiyi,
13. Üniversite: Anadolu Üniversitesini,
14. Yaz Okulu: Bahar dönemi dönem sonu sınavlarının bittiği tarihten itibaren başlayan ve güz dönemi ders kayıtlarının başladığı tarihte sona eren süreyi idafe eder.

**İKİNCİ BÖLÜM**

**Bölüm Staj Komisyonu, Staj Dersleri ve Staj Esasları**

**Bölüm Staj Komisyonu ve Görevleri**

**Madde 5 ‒** Stajın; planlanması, koordinasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi, staj sınavlarının düzenlenmesi ve değerlendirilmesi Bölüm Staj Komisyonu tarafından gerçekleştirilir. Bölüm Staj Komisyonu, Bölüm Başkanlığı tarafından bölüm öğretim elemanları arasından seçilen 1(bir) başkan ve 2(iki) üyeden oluşur. Bu Komisyon; staj dersi öğretim elemanları, akademik danışmanlar ve staj yapılan kurumlarla/kuruluşlarla koordineli olarak çalışır ve staj işlemlerinin yürütülmesini sağlar.

Komisyonun görevleri şunlardır:

1. Stajla ilgili esasları belirlemek,
2. Staj başvurularını incelemek, uygunluğunu değerlendirmek ve staj tarihlerini belirlemek,
3. Öğrencilere staj yeri temininde yardımcı olmak,
4. Staj için başvuran öğrencilerin staj yerlerine dağılımını yapmak,
5. Staj denetimlerini gerçekleştirmek,
6. Staj rapor dosyalarını öğrencinin akademik danışmanı ile birlikte incelemek, denetlemek ve değerlendirmek,
7. Staj sınavlarını koordine etmek ve değerlendirmek.

**Staj Dersleri**

**Madde 6 –** Staj dersleri zorunlu Staj I; Staj II; İleri Klinik Uygulama ve Staj III; İleri Klinik Uygulama ve Staj IV; Konuşma Sesi Bozuklukları Stajı; Akıcılık Bozuklukları Stajı; İşitme Rehabilitasyonu Stajı; Dudak-Damak ve Baş-Boyun Anomalileri Stajı; Nörojenik Dil Bozuklukları Stajı; Yutma Bozuklukları Stajı; Ses Bozuklukları Stajı ve Motor Konuşma Bozuklukları Stajı derslerinden oluşur. Staj dersleri kredili olup eğitim-öğretim programlarında gösterilir.

**Staj Dersleri Esasları**

**Madde 7 –** Staj derslerine ilişkin uygulama esasları şunlardır:

1. Staj I, eğitim-öğretimin fiilen yapılmadığı Yaz Okulu süresince yapılır ve lisans eğitiminin dördüncü yarıyılının sonundaki yaz tatilini kapsar. Öğrencinin Staj I dersini alabilmesi için 1. ve 2. sınıfın DKT kodlu zorunlu derslerini almış ve başarmış olması gerekir.
2. Staj II, eğitim-öğretimin fiilen yapılmadığı Yaz Okulu süresince yapılır ve lisans eğitiminin altıncı yarıyılının sonundaki yaz tatilini kapsar. Öğrencinin Staj II dersini alabilmesi için Staj I dersini başarıyla bitirmiş, 3. sınıfın DKT kodlu zorunlu derslerini almış ve başarmış olması gerekir.
3. İleri Klinik Uygulama ve Staj III, İleri Klinik Uygulama ve Staj IV; Konuşma Sesi Bozuklukları Stajı, Akıcılık Bozuklukları Stajı, İşitme Rehabilitasyonu Stajı, Dudak-Damak ve Baş-Boyun Anomalileri Stajı, Nörojenik Dil Bozuklukları Stajı, Yutma Bozuklukları Stajı, Ses Bozuklukları Stajı ve Motor Konuşma Bozuklukları Stajı derslerinin tümü yıl içi uygulamalardır. Bu dersler yedinci yarıyıl (güz) ve sekizinci yarıyıl (bahar) olmak üzere her iki dönemde de açılır.
4. İleri Klinik Uygulama ve Staj III, İleri Klinik Uygulama ve Staj IV, Konuşma Sesi Bozuklukları Stajı, Akıcılık Bozuklukları Stajı, İşitme Rehabilitasyonu Stajı, Dudak-Damak ve Baş-Boyun Anomalileri Stajı, Nörojenik Dil Bozuklukları Stajı, Yutma Bozuklukları Stajı, Ses Bozuklukları Stajı ve Motor Konuşma Bozuklukları Stajı derslerini alabilmek için Staj II derslerini almış ve başarmış olmak gerekir.
5. Öğrenci, yedinci yarıyılda (güz) İleri Klinik Uygulama ve Staj III ve İleri Klinik Uygulama ve Staj IV derslerinden birini, sekizinci yarıyılda (bahar) da diğerini almak ve başarmak zorundadır. İleri Klinik Uygulama ve Staj III dersini alan öğrenci, aynı yarıyılda Konuşma Sesi Bozuklukları Stajı, Akıcılık Bozuklukları Stajı, İşitme Rehabilitasyonu Stajı, Dudak-Damak ve Baş-Boyun Anomalileri Stajı derslerini almak ve başarmak zorundadır. İleri Klinik Uygulama ve Staj IV dersini alan öğrenci ise aynı yarıyılda Nörojenik Dil Bozuklukları Stajı, Yutma Bozuklukları Stajı, Ses Bozuklukları Stajı, Motor Konuşma Bozuklukları Stajı derslerini almak ve başarmak zorundadır.

**Staj Süresi**

**Madde 8 –**Staj tarihleri her yıl güz dönemi başında Bölüm tarafından belirlenerek öğrenciye duyurulur. Staj I, dördüncü yarıyıl sonu; Staj II, altıncı yarıyıl sonu, Yaz Okulunda en az 45’er günlük sürelerle yapılır. Staja devam zorunludur. Geçerli bir mazeret nedeniyle stajın belirlenen tarihler dışında yapılması Bölüm Staj Komisyonunun onayına bağlıdır.

**Staj Başvuru Dönemi**

**Madde 9 –** Öğrenci staj yapmak istediği yurt içi veya yurt dışı kurum/kuruluş başvurusunu, Staj I ve Staj II Yaz Okulu dersleri için bahar dönemi bütünleme sınavlarının tamamlanmasından sonra en geç 5(beş) iş günü sonuna kadar bildirmek ve kabul yazısını onaylatmak zorundadır.

Yurt dışında kendi olanakları ile staj yapmak isteyen öğrencinin akademik başarı ve yabancı dil yeterlikleri Staj Komisyonu tarafından değerlendirilir ve Dekanlık tarafından onaylanır. Ayrıca öğrenci bölümün uygun bulduğu Değişim Programlarıyla da staj uygulaması yapabilir.

**Staj Yapılabilecek Yerler**

**Madde 10 –** Öğrenci stajını Anadolu Üniversitesi veya diğer kurum/kuruluşlarda en az 3(üç) yıllık deneyimi olan bir uzman dil ve konuşma terapistinin denetiminde yapar. Eskişehir ili içinde veya il dışında staj yapılacak kurumlar, Bölüm Staj Komisyonu tarafından ilgili kurumlarla işbirliği yapılarak kararlaştırılır. Bölüm Staj Komisyonunun önerisi ve Dekanlığın onayı ile stajlar; yurt dışında çeşitli uluslararası programlar veya özel girişimler yoluyla belirlenen, ilgili stajın yapılacağı staj yerine uygun, eşdeğer kurumlarda da yapılabilir. Staj yapılabilecek kurum/kuruluşlar aşağıda listelenmektedir:

1. Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi (DİLKOM),
2. Kamu Hastaneler Birliği Anadolu Üniversitesi Hastanesi,
3. Hastanelerin ilgili uygulama merkezleri, bölüm ve klinikleri,
4. Uzman dil ve konuşma terapisti bulunan özel eğitim ve rehabilitasyon kurum/kuruluşları,
5. Yaşlı bakım ve huzurevleri,
6. Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri,
7. Bunların dışında kalan ve Bölüm Staj Komisyonu tarafından uygun bulunan sağlık kurum/kuruluşları.

**Madde 11 ‒** Uygun staj yeri bulma sorumluluğu öğrenciye aittir. Bununla birlikte; Dekanlık ve Bölüm Başkanlığı, öğrencinin istenilen nitelikte staj yeri bulabilmesini kolaylaştırmak için iş yerleriyle gerekli her türlü girişimde bulunabilir.

**Staj Formları**

**Madde 12 –** Staj başvuru ve bitiş sürecinde aşağıdaki belgeler kullanılır:

1. Staj Başvuru ve Kabul Formu (Ek-1): Öğrenci bilgilerinin, staj yeri olarak belirlenen kuruma ait bilgilerin ve staj talebinin kabul edildiğini gösteren belgedir. Bu formun ön yüzünde Dekanlık tarafından onaylanan Resmî Mektup bulunur.
2. Öğrenci Belgesi (Ek-2): Öğrencinin staj başvuru evrakı ile birlikte teslim edeceği belgedir.
3. Staj Yeri Değişiklik/İptal Formu (Ek-3): Öğrencinin staja başladıktan sonra iş yerinde deprem, yangın ve sel gibi doğal afet vb., grev ve lokavt uygulaması, vefat, karşılıklı olumsuzluklar gibi durumlarda staj yerini değiştirme ve stajı yarım bırakma hâllerinde doldurup iş yerine onaylattığı veya doğrudan iş yerinin doldurduğu formdur.
4. Stajyer Öğrenci Klinik Gözlem Değerlendirme Formu (Ek-4/A):Staj yerinde stajı yürüten Uzman Dil ve Konuşma Terapistinin stajyer öğrencinin becerilerini değerlendirdiği ve onaylı kapalı zarfta postayla gönderdiği veya öğrenciye teslim ettiği Staj I ve Staj II derslerine ilişkin formdur.
5. Stajyer Öğrenci Klinik Uygulama Değerlendirme Formu (Ek-4/B): Staj yerinde stajı yürüten Uzman Dil ve Konuşma Terapistinin stajyer öğrencinin uygulama becerilerini değerlendirdiği ve onaylı kapalı zarfta postayla gönderdiği veya öğrenciye teslim ettiği Staj III ve Staj IV derslerine ilişkin formdur.
6. Staj Devam ve Faaliyet İzleme Çizelgesi (Ek-5): Stajyer öğrenci tarafından staj yaptığı her gün için imzalanan, devam durumunun ve yaptığı faaliyetlerin izlendiğini gösteren çizelgedir.
7. Staj Klinik Gözlem ve Uygulama Faaliyet Çizelgesi (Ek-6): Stajyer öğrencinin gözlem ve uygulama yaptığı toplam vaka sayısını ve saatini gösteren formdur.
8. Stajyer Öğrenci Staj Raporu (Ek-7): Stajyer öğrencinin staj bitiminde staj uygulama süresince yaptığı çalışmaları düzenleyeceği rapordur.
9. Staj Yerini ve Uzman DKT’yi Değerlendirme Formu (Ek-8): Stajyer öğrencinin staj yaptığı yeri, Uzman DKT’yi, gözlemlerini ve stajdan beklentilerini özetleyen formdur.
10. Staj Bitiş Formu (Ek-9):Tamamlanan staja ait bilgileri içeren formdur.
11. Staj Komisyonu Değerlendirme Raporu (Ek-10):Bölüm Staj Komisyonu tarafından öğrencinin stajının değerlendirildiği ve stajda başarılı/başarısız olduğunun gösterildiği formdur.
12. Staj Dosyası: Öğrenci İşleri Birimi tarafından öğrenciye teslim edilen ve içinde staj belgeleri bulunan dosyadır.

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

**Stajın İşleyişi ve Yürütme Esasları**

**Stajın İşleyişi ve Yürütülmesi**

**Madde 13 –** Öğrenci; staj süresince gerekli belgeleri hazırlamak, tamamlanmasını izlemek ve staj sonunda staj dersinden sorumlu öğretim elemanına teslim etmekle yükümlüdür. Stajın işleyişinde aşağıdaki sürece uyulur:

1. Öğrenci, 9 uncu ve 10 uncu maddelerde belirlenen esaslara göre staj işlemlerine başlar.
2. Öğrenci staja başlamadan önce Öğrenci İşleri Biriminden staj dosyasını teslim alır.
3. Öğrenci, ***Staj Başvuru ve Kabul Formunu* (Ek*-*1*)***doldurur, ***Öğrenci Belgesini (*Ek-2*)***alırve staj yeri yetkilisine doldurtarak onaylatır.
4. Öğrencinin staj yerinin uygunluğunu, Bölüm Staj Komisyonu Bölüm Başkanlığına önerir ve Bölüm Başkanlığının onayından sonra SGK’den alacağı *Genel Sağlık Sigortası Durumu*nu bildiren belgeyi Başvuru Formuna ekleyerek Öğrenci İşleri Birimine teslim eder. Öğrenci İşleri Birimi, öğrencinin sosyal sigorta işlemlerini yerine getirir.
5. Stajı onaylanan öğrenci, belirtilen tarihte stajına başlar.
6. Öğrenci staja başladıktan sonra, Bölüm Staj Komisyonunun bilgisi ve onayı olmaksızın staj yeri değişikliği yapamaz. Staj yeri değişikliğinin gerekli olduğu hâllerde öğrenci ***Staj Yeri Değişiklik/İptal Formu (*Ek-3*)***’nu doldurup eski ve yeni iş yerlerine onaylatarak en geç 2(iki) gün içinde Bölüm Staj Komisyonuna teslim eder. Aksi takdirde SGK primlerinden doğabilecek maddi zararları öğrenci karşılar. Stajı iptal edilen öğrenci o staj dersinden başarısız sayılır.
7. Öğrenci, **Stajyer Öğrenci Klinik Gözlem Değerlendirme (Ek-4/A)**/**Stajyer Öğrenci Klinik Uygulama Değerlendirme Formlarını (Ek-4/B)** Uzman DKT’ye teslim eder. Formlar, staj bitiminde staj yeri yetkilisi tarafından onaylandıktan sonra ağzı kapalı ve üzerinde kurum kaşesi olan bir zarf içinde postayla gönderilir veya öğrenciye teslim edilir.
8. Öğrencinin staja devamlılığı ve faaliyetleri ***Staj Devam ve Faaliyet İzleme Çizelgesi* (Ek-5)** ile izlenir ve staj yeri Uzman DKT tarafından onaylanır. Staj sırasında, her ne sebeple olursa olsun staj yapılmayan günler telafi edilmek zorundadır.
9. Öğrenci, staj süresince yürüttüğü toplam staj saatini ve vaka/hasta sayısını ***Staj Klinik Gözlem ve Uygulama Faaliyet Çizelgesi* (Ek-6)**’ne işler ve staj yeri Uzman DKT’ye onaylatır.
10. Staj süresince öğrenci, yaptığı çalışmaları ***Stajyer Öğrenci Staj Raporu* (Ek-7)**’na düzenli olarak işler.
11. Öğrenci, staj süresince gözlemde ve/veya uygulamada bulunduğu staj yeri ve uzman hakkındaki görüşlerini, staj bitiminde ***Staj Yerini ve Uzman DKT’yi Değerlendirme Formu* (Ek-8)**’nda belirtir.
12. Stajını tamamlayan öğrenci ***Staj Bitiş Formu* (Ek-9)**’nu doldurup staj yeri Uzman DKT’ye ve staj yeri yetkilisine onaylatır.
13. Staj bitiminden sonra en geç 1(bir) hafta içinde ***Staj Dosyası*** Öğrenci İşleri Birimine teslim edilir. Raporlar, mavi renkli mürekkepli kalemle onaylanır ve imzalanır. Usulüne uygun olarak hazırlanmayan formlar ve raporlar kabul edilmez. Raporunu süresi içinde teslim etmeyen öğrencinin stajı geçersiz sayılır.
14. Öğrenci, staj süresince Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümlerine ve staj yaptığı kurum/kuruluşun çalışma kurallarına uymak zorundadır. Bu kurallara uyulmamasından doğacak her türlü sorumluluk öğrenciye aittir.
15. Öğrenci, tüm hizmet ve faaliyetler ile ilgili gizliliği gerektiren kayıt ve konularda, hasta raporlarına ilişkin kayıtlar hakkında başkalarına bilgi veremez ve etik ihlallerde bulunamaz.

**Stajın İzlenmesi ve Denetlenmesi**

**Madde 14 ‒** Staj yerindeki izleme ve denetimlerden staj yeri Uzman Dil ve Konuşma Terapisti sorumludur. Her bir staj dersinden sorumlu staj dersi öğretim elemanı da stajın amacına ve kurallarına uygun yürütülmesi için izleme ve denetleme yapar. Gerekli görüldüğü durumlarda stajın yapıldığı kurum/kuruluş ile iletişime geçip ziyaret eder ve staj yapan öğrenci hakkında bilgi alır. Denetlemenin esasları ve kapsamı, Bölüm Staj Komisyonu tarafından ilgili staj dersi öğretim elemanı ve staj yeri Uzman DKT’ye yazılı olarak bildirilir.

**DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

**Stajın Değerlendirilmesi, Staj Bitirme Sınavı ve Staj Muafiyeti**

**Stajın Değerlendirilmesi**

**Madde 15 –** Staj I ve Staj II derslerinin değerlendirilmesi aşağıdaki esaslara göre yapılır:

1. Staj dersi öğretim elemanları öğrencinin, staj raporunu inceler ve akademik danışmanı ile birlikte değerlendirir. Öğretim elemanı, değerlendirme sonucunu ***Staj Komisyonu Değerlendirme Raporu* (Ek-10)**’nun ilgili bölümüne işler ve onaylayarak Bölüm Staj Komisyonuna teslim eder.
2. Öğrencinin staj derslerinden başarılı olabilmesi için YT (yeterli) harf notu alması gerekir. Staj notu, staj yerinin doldurduğu raporun (Ek-4/A veya Ek-4/B) notunun %50’si, Stajyer Öğrenci Staj Raporu (Ek-7) notunun %30’u, devam ve faaliyet raporları (Ek-5 ve Ek-6) notunun %20’sinin toplamından oluşur. Bu derslerden “**başarı notu”** en az 60 olmak zorundadır.
3. Bölüm Staj Komisyonu, staj dosyalarını teslim tarihinden itibaren staj not teslim tarihi süresi içinde ***Staj Komisyonu Değerlendirme Raporu* (Ek-10)**’nda belirlenen ölçütlere göre değerlendirir ve YT/YZ (yeterli/yetersiz) olarak onaylar.
4. Öğrenci stajında başarılı sayılana kadar stajını tekrarlamak zorundadır.
5. Öğrencinin staj değerlendirme sonucu, Bölüm Staj Komisyonu tarafından Öğrenci İşleri Birimine iletilir. Öğrenci, Bölüm Staj Komisyonunun staj değerlendirme sonucuna, ilan tarihinden itibaren 5(beş) iş günü içerisinde Dekanlığa yazılı olarak itirazda bulunabilir.

Staj III ve Staj IV derslerinin değerlendirilmesi aşağıdaki esaslara göre yapılır:

1. Yukarıda Staj I ve Staj II derslerinin değerlendirilmesi ölçütlerine ek olarak sekizinci yarıyılın sonunda yazılı ve sözlü olarak Staj Mezuniyet Sınavı yapılır.
2. Öğrencinin, Staj Mezuniyet Sınavına girebilmesi için stajından YT notu alması zorunludur.
3. Yazılı sınav tek bir oturumda gerçekleştirilir.
4. Sözlü sınav, yazılı sınavı takiben Bölüm Staj Komisyonu tarafından yapılır.
5. Öğrencinin Staj Mezuniyet Sınavı başarı notu 100 tam puan üzerinden yazılı sınav notunun %50’si, sözlü sınav notunun %50’si dikkate alınarak değerlendirilir. Staj Mezuniyet Sınavı başarı notu en az 60 olmak zorundadır.

**Staj Muafiyeti**

**Madde 16 –** Bu yönergede düzenlenen esaslara uygun staj yaptığı gerekçesiyle muafiyet talep eden öğrencinin, önceki stajının bir kısmına ya da tamamına, Bölüm Staj Komisyonunun değerlendirmesi ve Fakülte Yönetim Kurulunun kararıyla muafiyet tanınabilir.

**BEŞİNCİ BÖLÜM**

**Çeşitli ve Son Hükümler**

**Diğer Hususlar**

**Madde 17 ‒** Staj süresinde öğrenci ile kurum/kuruluş arasında yürürlükteki mevzuata uygun olarak staj koşulları, izin, tarafların görev ve sorumlulukları ile gerekli görülen diğer hususları da içeren bir protokol imzalanabilir.

**Madde 18** **‒** Bu Yönergede hüküm bulunmayan hâllerde 18/1/2013 tarihli ve 28532 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Anadolu Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği” hükümleri uygulanır.

**Yürürlük**

**Madde 19 ‒** Bu Yönerge, Anadolu Üniversitesi Senatosu tarafından onaylandığı tarihte yürürlüğe girer.

**Yürütme**

**Madde 20 ‒** Bu Yönergeyi Anadolu Üniversitesi Rektörü yürütür.

**Ek-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **amblemT.C.**  Fotoğraf  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU1**  İlgili Makama,  Sağlık Bilimleri Fakültesinin zorunlu stajı bulunan bölüm/programlarında kayıtlı öğrencilerin öğrenim süresi sonuna kadar kamu ve/veya özel hastane, kurum, kuruluş ve işletmelerde Anadolu Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim‒Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin 11. maddesi gereği staj yapma yükümlülükleri vardır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. maddesinin (e) bendi gereğince öğrencilerimizin sosyal sigorta primleri üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını kurumunuzda yapması konusunda izniniz için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.  **Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı** | | | | | | | |
| **STAJYER ÖĞRENCİ KİMLİK BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| Adı-Soyadı |  | | | | | | |
| T.C. Kimlik No\* |  | | | | | | |
| Kayıtlı Olunan Bölüm/Program Adı |  | | | | | | |
| Öğrenim Yılı/Sınıf/Dönem |  | |  | | | |  |
| Adres |  | | | | | | |
| Telefon No | Cep: Diğer: | | | | | | |
| E-posta | @anadolu.edu.tr | | | | | | |
| **STAJ YERİ BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| Kurum/İşyeri Adı |  | | | | | | |
| Kurum Türü / Vergi Dairesi/No |  | | |  | | | |
| Adresi |  | | | | | | |
| Telefon/E-posta: |  | | | E-posta: | | | |
| **Staj Başlangıç Tarihi** |  | | **Staj Bitiş Tarihi** | | | |  |
| **Toplam Staj Süresi** |  | | **Haftalık Gün Sayısı** | | | |  |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin ........................kurumumuzda/işletmemizde ……….. günlük zorunlu **STAJINI YAPMASI UYGUNDUR.** | | | | | | | |
| Staj Yeri Uzman DKT  Diploma No |  | | | | İmza /Kaşe/Mühür /Tarih | | |
| Staj Yeri Yetkilisi/Görev ve Unvan |  | | | |
| **Öğrencinin İmzası** | **Staj Komisyonu Başkanı İmzası** | **Bölüm Başkanı Onayı** | | | | **SKSDB Yetkilisi Onayı2** | |
| Bilgilerin doğruluğunu ve ..... günlük stajımı yapacağımı, staja başlamama, yarım bırakma ve staj yeri değişikliği yapmam hâlinde Ek-3 Formu ile belirlenen tarihlerde Öğrenci İşleri Birimine ilgili formları teslim edeceğime aksi taktirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı beyan ve taahhüt ederim.  ....../....../....... | ....../....../....... | ....../....../....... | | | | 5510 sayılı Kanun gereği Sosyal Güvenlik Kurumuna Sigorta giriş işlemi yapılmıştır.  ....../....../....... | |

|  |
| --- |
| ***DİKKAT (1)*** *Staj Başvuru/Kabul Formu staj yeri onayından sonra öğrenci tarafından staja başlamadan en az 20 gün önce, SGK’den alınması gereken Genel Sağlık Sigortası Durumunu bildiren belgeyle birlikte* ***Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrenci İşleri Birimine teslim edilir. Aksi takdirde bu form kabul edilmez*** *ve sigorta girişi yapılmaz.* ***(2)*** *5510 sayılı Kanun gereği staja başlangıç ve bitiş tarihi ile haftalık yapılacak staj günü işveren tarafından doldurulacak, işverenin beyanı esas alınacaktır. Beyan eksikliğinden kaynaklanan sorunlardan öğrenci ve işveren sorumlu olup Üniversitemizin ve ödeme birim imizin hiçbir sorumluluğu bulunmamaktadır.* |

**\*** *Yabancı Uyruklu ise Pasaport No.su yazılır.*

**EK-1/Eng**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.R.**  Photo  **ANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **INTERNSHIP APPLICATION AND APPROVAL FORM1**  To whom it may concern,  Students registered in Faculty of Health Sciences, department/programmes with mandatory internships have obligations to do internship in public and/or private institutions until the end of education period as needed in 11th  article Anadolu University Education and Examination Regulations. In accordance with the 87th  (e) article of Social Insurances and General Health Insurance Law 5510, our students’ insurance procedures will be paid to Social Security Institution by our university. Thank you for your permission for our student whose information are below to do his/her internship in your foundation and wish you success in your work.  **Dean** | | | | | | | | |
| **Identity Instructions of Intern Student** | | | | | | | | |
| Name-Surname, Middle Initial |  | | | | | | | |
| Id No\* |  | | | | | | | |
| Registered Department/Program |  | | | | | | | |
| Education Year/Class/Term |  | |  | | | |  | |
| Address |  | | | | | | | |
| Telephone Number (Include area code) | GSM: Other: | | | | | | | |
| E-mail | @anadolu.edu.tr | | | | | | | |
| **INFORMATION ABOUT INTERNSHIP PLACEMENT** | | | | | | | | |
| Name of Institution/Office |  | | | | | | | |
| Type of Institution |  | | | | | | | |
| Address |  | | | | | | | |
| Telephone/E-mail |  | | | E-mail: | | | | |
| **Start (date)** |  | **End (date)** | | | | | |  |
| Total Date of Internship |  | Duration of Internship  (days in a week) | | | | | |  |
| **IT IS APPROVED** for the student, identified above, to do his/her mandatory internship …………. at our workplace for .................days. | | | | | | | | |
| SLT of Internship Institution  Diploma Number |  | | | | (Placement)  Signature /Stamp/ Seal /Date | | | |
| Internship Placement/Manager |  | | | |
| **Student’s Signature** | **Head of Internship Commission’s Signature** | **Head of Department’s Approval** | | | | **Approval of SKSDB2** | | |
| I hereby declare and guarantee that the information and record(s) submitted as indicated above is correct and I will carry out ……. days internship programme and in case I do not start or have to withdraw from the internship progamme or in any change of my internship, I will deliver Add-3 form and related forms to Faculty’s Student Affairs during indicated period; otherwise I will compensate for the pecuniary damages which may arise due to the premium payments of SSI.  ....../....../....... | ....../....../....... | ....../....../....... | | | | In accordance with the law 5510, his/her Insurance entry operation to Social Security Institution is performed.  ....../....../....... | | |

|  |
| --- |
| *ATTENTION* ***(1)*** *After approval of internship institution, Internship Application / Acceptance Form* ***will be delivered*** *with the document reporting his/her General Health Insurance status should be taken from SSI to* ***Anadolu University Faculty of Health Sciences Student Affairs Office*** *by the student at least 20 days before the internship start.* ***Otherwise this form will not be accepted and*** *the insurance entry will not be performed.* ***(2)*** *In accordance with the Law No. 5510 internship start and end date and training day will be held weekly should be filled by the employer, the employer's declaration will be based on. Student and the employer are responsible for the problems caused by the lack of declaration, our University and our pay unit does not have any responsibility.* |

*\*If Foreign National, please write Passport No*

**Ek-2**

|  |
| --- |
| **amblemT.C.**  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ** |
| Tarih: …../…../…..  **ÖĞRENCİ BELGESİ**  **Numarası** :  Fotoğraf  **Adı** :  **Soyadı** :  **T.C. Kimlik No\*** :  **Baba Adı** :  **Anne Adı** :  **Doğum Tarihi** :  **Doğum Yeri** :  **Bölüm** :  **Program** :  **Kayıt Tarihi** :  **Öğretim Yılı** :  Yukarıda fotoğrafı bulunan ve açık kimliği yazılan ………………………………..……… Fakültemizde kayıtlı öğrencimizdir.  **Dekan**  **Adı-Soyadı:**  **İmzası:**  **Mühür:**  **Ek-** Nüfus cüzdanı fotokopisi |

**\*** *Yabancı Uyruklu ise Pasaport No.su yazılır.*

|  |
| --- |
| amblem**T.R.**  **ANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY** |
| Date: …../…../…..  **STUDENT IDENTIFICATION DOCUMENT**  **Student No :**  Photo  **First Name :**  **Surname :**  **ID Number\* :**  **Father’s Name :**  **Mother’s Name :**  **Date of Birth :**  **Place of Birth :**  **Department :**  **Program/Major :**  **Registration Year :**  **Academic Year :**  ……………………………, whose photograph and information are given above, is a registered student in our faculty.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Dean (Seal and Signature)** |

**EK-2/Eng**

*\*If Foreign National, please write Passport No.*

**Ek-3**

|  |
| --- |
| **amblemT.C.**  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ** |
| **STAJ YERİ DEĞİŞİKLİK/İPTAL FORMU** |
| **STAJYER ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
| Adı‒Soyadı : |
| T.C. Kimlik No\* : |
| Yabancı Uyruklu Öğrenci No : |
| Kayıtlı Olduğu Program Adı : |
| Telefon/E-posta : |
| **STAJA BAŞLAMA TARİHİ**  :………./………/……….. |
| **STAJDAN AYRILIŞ TARİHİ**  : ………./………/……….. |
| **STAJ YERİ DEĞİŞİKLİĞİNİ GEREKTİREN MAZERET**  □ Grev □ Lokavt □ Doğal Afet  □ Diğer-Açıklayın: ………………………………….......................  **STAJDAN AYRILMA NEDENİ** : ………………….........……………………………………… .……………………………………………………………………...........................................  **STAJA BAŞLAYAMAMA NEDENİ** : ……………………………………………………………… ……………………………………………………………………............................................  Yukarıda belirttiğim mazeretimden dolayı stajıma başlayamadığımı beyan eder, SGK primlerinin **ödenmemesi** hususunda gereğini arz ederim.  Öğrencinin İmzası  Tarih  Yukarıda kimlik bilgileri bulunan Fakülteniz öğrencisi zorunlu…………… günlük stajından ……………….. tarihinde yukarıda belirtilen mazereti nedeniyle **ayrılmıştır**/**tamamlamadan** bırakmıştır.  Bilgilerinize rica ederim.  Staj Yeri Yetkilisi İmzası  Mühür/Kaşe |
| **YENİ STAJ YERİ BİLGİLERİ** |
| Staj Yeri Adı : |
| Staj Yeri Yetkilisi : |
| Staj Yeri Adresi : |
| Telefon/E-posta : Tel: E-posta: |
| Formun Düzenlendiği Tarih : |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan Fakülteniz öğrencisi zorunlu …… günlük stajının kalan ………..süresini yeni staj yeri olan kurumumuzda tamamlayacaktır.  Bilgilerinize rica ederim.  Staj Yeri Yetkilisi İmzası  Mühür/Kaşe |
| **DİKKAT!** *Öğrencinin staj yeri değişikliği talebinde bulunması hâlinde bu form* ***en geç******2 gün içinde*** *Fakülte Öğrenci İşleri Birimi yetkilisine elden teslim edilir. Staj yeri değişikliği gerçekleştirildiği takdirde kalan staj süresi yeni staj yerinde tamamlanır. Bölümün değişikliği aynı gün SKSDB’ye bildirmesi gerekmektedir. Stajdan ayrılış ya da başlamama hâlinde bu form* ***en geç 1 hafta/7 gün*** *içinde Fakülte Öğrenci İşleri Birimine gönderilir.* |

**\****Yabancı Uyruklu ise Pasaport No.su yazılır.*

**Ek-3/Eng**

|  |
| --- |
| **T.R.**  **ANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY** |
| **CHANGE/CANCELLATION FORM OF INTERNSHIP PLACE** |
| **INFORMATION OF THE INTERN STUDENT** |
| Name‒Surname : |
| ID Number\* : |
| Program/Major : |
| Telephone Number : |
| **INTERNSHIP START DATE** : .............../……………./…………. |
| **INTERNSHIP END DATE** : ……….../……………./…………… |
| **REASON FOR A CHANGE**  Strike Lockout Natural Disaster  Other-Please explain: …………………………………………………………….  **REASON FOR CEASE OF INTERNSHIP** : …………………………………….............  ………………………………………………………………………………………………..  **REASON FOR INABILITY TO START THE INTERNSHIP** : ………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  I announce not to start my internship due to the excuse stated above and kindly submitted for your necessary action in terms of not paying Social Security Premium.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature of the Student (Date)  Your faculty student whose ID Information is given above **has left**/ **given up** his/her …………….day obligatory internship in the date of …………………. due to the excuse stated above. Respectfully submitted.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Authorized Signature  Seal/Stamp |
| **INFORMATION OF NEW INTERNSHIP PLACE** |
| Name : |
| Authority : |
| Address : |
| Telephone number : E-mail: @ |
| Date of issue: |
| Your faculty student whose ID information is given above will complete his/her …….remaining of ……….days obligatory internship in our establishment. Respectfully submitted.  Authorized Signatory  Seal/Stamp |
| **ATTENTION:** *Incase of the student request for place alteration, this form is delivered to Faculty Register Office at the latest 2 days.* *If the alteration is taken place, the remaining internship time will be completed in the new place. Alteration must be reported to SKSDB immediately. Incase of cease or not starting, this form is delivered to Faculty Register Office at the latest 1 week/7days.* |

*\*If Foreign National, please write Passport No.*

**EK-4/A**

|  |
| --- |
| **amblemANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ** |
| **STAJYER ÖĞRENCİ KLİNİK GÖZLEM DEĞERLENDİRME FORMU (Staj I ve Staj II)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stajyer Öğrencinin Adı-Soyadı: |  | |
| Staj Başlangıç ve Bitiş Tarihleri: |  |  |
| Staj Yapılan Kurumun Adı: |  | |
| Uzman DKT Adı-Soyadı: |  | İmza:  Tarih: |

|  |
| --- |
| STAJYER ÖĞRENCİ HAKKINDA DÜŞÜNCELER YT: Yeterli, ZA: Zayıf, GZ: Gözlenmedi |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kurumsal Beceriler | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Kurumun disiplin kurallarına ve iş saatlerine uyar (zamanında gelme-gitme) ve düzenli devamlılık gösterir. |  |  |  |  |
| 2. | Kılık-kıyafetine, kişisel bakım ve temizliğine özen gösterir. |  |  |  |  |
| 3. | İstek, öneri ve verilen ödevleri yerine getirir. |  |  |  |  |
| 4. | Takım çalışması, işbirliği ve iş bölümüne açık ve yatkındır. |  |  |  |  |
| 5. | Sorumlu ve çalışkan davranışlar sergiler. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kişisel/Öze-dönük ve Kişilerarası İletişim Becerileri | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Kararlı, ilgili, istekli ve yüksek motivasyon becerileri sergiler. |  |  |  |  |
| 2. | Ciddi, dürüst, samimi, empatik ve güvenilir davranış özellikleri sergiler. |  |  |  |  |
| 3. | Saygı ve nezaket sergiler; çok kültürlülüğe ve çok dilliliğe anlayış gösterir. |  |  |  |  |
| 4. | Uyumlu ve güler yüzlüdür; pozitif tutum ve öngörü becerisi sergiler. |  |  |  |  |
| 5. | Eleştirileri kabul eder ve öz eleştiri yaparak bunu kendi performansına yansıtabilir. |  |  |  |  |
| 6. | Uzmanlarla ve diğer kurum çalışanları ile etkili iletişim kurar. |  |  |  |  |
| 7. | Vaka/hasta/danışanlarla ve aileleriyle etkili iletişim kurar. |  |  |  |  |
| 8. | Dinler; soru sorar ve bilgiyi verme ya da öğrenme sırasında etkili ve doğru iletişim kurar. |  |  |  |  |
| 9. | Bağımsız ve kendine yetebilen bir şekilde çalışır. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mesleki Beceriler | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Mesleki rol ve sınırlarının farkındadır, etik kuralları izler ve uygun biçimde davranır. |  |  |  |  |
| 2 | İletişim ve yutma bozukluğunun, kişi/yakın çevresi üzerindeki psikolojik, sosyal, tıbbi etkilerinin ve farklı ortam, durumların danışan/hastanın sorunları üzerindeki etkilerinin farkındadır. |  |  |  |  |
| 3. | En geçerli bilgiyi bulma amaçlı bilimsel literatür tarayabilir. |  |  |  |  |
| 4. | Yeni durumlarda yaratıcı ve orijinal çözümler üretebilir. |  |  |  |  |
| 5. | İletişim ve yutma bozukluğunun nedenlerini bilir ve önleme çalışmalarına katılır. |  |  |  |  |
| 6. | Değerlendirmede kullanılan görüşme, anket gözlem tarama gibi klinik ölçme araçlarını, formal ve informal değerlendirme yöntemlerini bilir. |  |  |  |  |
| 7. | Değerlendirme sürecine katılır; bu amaçla (dil, konuşma örneği gibi) veri toplar ve transkript eder. |  |  |  |  |
| 8. | Değerlendirme sonucuna göre dil ve konuşma terapisinin gerekliliği, sonuçları ve prognozu üzerinde tartışabilir. |  |  |  |  |
| 9. | Özgün terapi yöntemlerinin mantığını ve ilkelerini anlar. |  |  |  |  |
| 10. | Bireye özgü terapi planı hazırlar, amaç yazar ve görevleri somut aşamalara/ basamaklara böler. |  |  |  |  |
| 11. | Bireysel plana uygun terapi materyali hazırlar ve ürün geliştirir. |  |  |  |  |
|  | **Toplam Puan:** |  |  |  |  |

**1) Stajyer öğrencinin güçlü yönleri nelerdir?**

**2) Stajyer öğrencinin geliştirmesi gereken özellikleri nelerdir?**

**Uzman DKT Adı-Soyadı ve İmzası:**

**(Gerekli görüldüğünde ek değerlendirme/açıklamalar bu formun arkasına eklenebilir.). ONAY**

**EK-4/A/Eng**

|  |
| --- |
| amblem**T.R.**  **ANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY** |
| **CLINICAL OBSERVATION FORM (INTERNSHIP I AND II)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name‒Surname of an intern:** |  |
| **Internship Beginning and Ending Date:** |  |
| **The Name of Internship Institution:** |  |
| **SLT’s Name‒Surname:** | **Date: Signature:** |

**The Opinions about Intern SLP**

**Satisfactory: SA, Poor: PR, Not Observed: N.O**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institutional Ability** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Obeys the rule of institution, working hours, shows continuity |  |  |  |  |
| **2.** | Takes care of appearance, self-care and cleaning |  |  |  |  |
| **3.** | Performs request, suggestions and tasks |  |  |  |  |
| **4.** | Open and inclined to teamwork, collaboration and work sharing |  |  |  |  |
| **5.** | Shows responsibility and hard work |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Individual and Interpersonal Communication Skills** | | **Good (4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Shows stability, interest, cooperation, willingness and high motivation skills |  |  |  |  |
| **2.** | Is serious, honest, sincere, emphatic and trustworthy |  |  |  |  |
| **3.** | Shows respect and courtesy; show understanding multi-culturalism and multilingualism |  |  |  |  |
| **4.** | Is compatible, friendly, positive and shows foresight |  |  |  |  |
| **5.** | Accepts criticism and makes self-criticism; be able to reflect to self-performance |  |  |  |  |
| **6.** | Able to communicate effectively with other professionals and employees |  |  |  |  |
| **7.** | Able to communicate effectively with case/patients/client and their families |  |  |  |  |
| **8.** | Listens; asks questions; and able to communicate effectively during family/subject informing and learning |  |  |  |  |
| **9.** | Ability to work independently and self-sufficiently |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Professional Qualifications** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Aware of Professional roles and limits, obey ethical rules and behaviors |  |  |  |  |
| **2.** | Aware of the psychological, social medical effects of communication and swallowing disorder on patient’s/ immediate vicinity’s and aware of the effects of different situation on client’s/ patient’s problem |  |  |  |  |
| **3.** | Able to find the most valid information, be able to do literature review |  |  |  |  |
| **4.** | Ability to produce creative and original solutions on new circumstances |  |  |  |  |
| **5.** | Knows the reason of communication and swallowing disorders, and participates in prevention programs |  |  |  |  |
| **6.** | Knows the formal and informal clinical measurement tools (interview, survey, observation form) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Professional Qualifications (cont).** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **7** | Participate in evaluation process (collect data for language/speech sample, writes transcripts) |  |  |  |  |
| **8.** | Able to discuss speech and language and speech needs according to assessment results. |  |  |  |  |
| **9.** | Makes sense of methods of specific therapy and procedures |  |  |  |  |
| **10.** | Ability to prepare individualized therapy plan, writes objectives and lists the tasks in a hierarchy |  |  |  |  |
| **11** | Prepares individualized therapy material and develops related materials |  |  |  |  |

**Total Point:**

**1. What were the strong strengths of Intern?**

**2. What were the features of Intern that needs to be developed?**

**Facility SLT’s Name-Surname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature (Date)**

**(If necessary, additional evaluation/explanations must be written to back face of this form).**

**EK-4/B**

|  |
| --- |
| **amblemT.C.**  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ** |
| **STAJYER ÖĞRENCİ KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU (Staj III ve Staj IV)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stajyer Öğrencinin Adı-Soyadı |  | |
| Staj Başlangıç ve Bitiş Tarihleri |  | |
| Staj Yapılan Kurumun Adı |  | |
| Uzman DKT Adı-Soyadı |  | İmza:  Tarih: |

|  |
| --- |
| Stajyer Öğrenci için gerekli olan alana özgü spesifik mesleki yetkinlikler |

**YT: Yeterli, ZA: Zayıf, GZ: Gözlenmedi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İletişim ve yutma bozukluklarının değerlendirilmesi ve tanılanması | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Ekip ile uyumlu, işbirliği ve konsültasyon eşliğinde çalışır ve değerlendirme ile ayırt edici tanı işlemlerine aktif katılır. |  |  |  |  |
| 2. | Değerlendirme sonuçlarını, vaka öyküsü ve diğer bilgilerle birlikte analiz edip yorumlar, raporları oluşturur ve sonuçlarına uygun bireye özgü terapi planı hazırlar. |  |  |  |  |
| 3. | Değerlendirme sonuçları ile iletişim/yutma bozukluğu hakkında doğru ve güncel bilgiyi danışanlara/hastalara ve/veya ailelerine anlaşılır bir dil ile ifade eder. |  |  |  |  |
| 4. | Dil ve konuşma bozukluğunun, kişi ve yakın çevresi üzerindeki psikolojik, sosyal, tıbbi etkilerinin ve farklı ortam, durumların danışan/hastanın problemleri üzerindeki etkilerini anlaşılır bir dil ile ifade eder . |  |  |  |  |
| 5. | Gerekli olduğunda, danışanları/hastaları gerekli uzmanlara uygun bir şekilde yönlendirir. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Planlama ve müdahalenin/tedavinin uygulanması | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Sorunların özelliğine uygun hangi durumlarda hangi terapi yöntemlerinin kullanılması gerektiğine karar verir. |  |  |  |  |
| 2. | Değerlendirme sırasında dil ve konuşma terapisinin gerekliliği, sonuçları ve prognozu üzerinde tartışır; danışan/hastaya uygun etkili terapi programını seçer ve danışan/hastanın yakın çevresi ile işbirliği içinde uygular. |  |  |  |  |
| 3. | Müdahalelerde etkililik ve verimlilik kavramlarını bilir; gerekli materyali ve teknolojiyi kullanarak etkili terapi yöntem ve tekniklerini uygular. |  |  |  |  |
| 4. | Terapinin başlatılması, sürdürülmesi, modifiye edilmesi, ara verilmesi veya durdurulmasına dair gerekçeli kararları danışan, yakın çevresi ve diğer uzmanlarla işbirliği içinde alır, gerekçeleri ile birlikte bu kararların kayıtlarını tutar ve izler. |  |  |  |  |
| 5. | Terapinin etkililiğini değerlendirmek için sürekli niteliksel ve niceliksel veri toplar, analiz eder ve tedaviye olan tepkiyi belgeleyerek rapor eder, planda ilgili değişiklikleri yapar. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mesleki gelişim, sürekli eğitim ve spesifik etik sorumluluklar | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Dil ve konuşma terapistinin mesleki rolünü ve sınırlarını bilir; ulusal mesleki otoriteler tarafından belirlenmiş etik kuralları izler ve uygun biçimde davranır. |  |  |  |  |
| 2. | Dil ve konuşma terapisti adayı olarak, mesleki bilgi ve gelişimini sürekli ilerletir. |  |  |  |  |
| 3. | Mesleğe ve yasal gerekliliklere uygun olan anlaşılır, güncel, güvenilir, bütünlük içinde kayıtlar tutar ve yalnızca kabul edilmiş olan terminolojiyi kullanır. |  |  |  |  |
| 4. | Bağımsız ve kendine yetebilen bir biçimde çalışır. |  |  |  |  |
| 5. | Tüm talepleri göz önünde bulundurup gerçekçi hedefleri belirleyerek zaman çizelgesi oluşturur ve bu çizelgeye uygun bir biçimde hedeflerine ulaşır. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Stajyer öğrenci adayı için gerekli olan genel mesleki yeterlilikler |

**YT: Yeterli, ZA: Zayıf, GZ: Gözlenmedi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kişisel/öze-dönük ve kişilerarası yetkinlikler | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Dürüst, samimi, empatik, güvenilir ve kararlı davranış özellikleri sergiler. |  |  |  |  |
| 2. | Danışanlardan gerekli bilgiyi etkili, sempatik ve uygun bir biçimde alır. |  |  |  |  |
| 3. | Etkili iletişim kurar; duyarlı ve anlaşılır bir biçimde pozitif tutum sergileyerek doğru geri bildirimde bulunur. |  |  |  |  |
| 4. | Değerlere, çok-kültürlülüğe, çok-dilliliğe ve çeşitliliğe saygı gösterir. |  |  |  |  |
| 5. | Mesleğinin taleplerini karşılayabilme ve mesleki güçlükler karşısında öz güven ve stresle başa çıkma becerisi sergiler, öz eleştiri yapar ve öz saygısını sürdürür. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yardımcı yetkinlikler | | İyi  (4) | YT  (2) | ZA  (1) | GZ  (0) |
| 1. | Kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmek için kendi kişisel gelişimini sürekli geliştirme sorumluluğunu üstlenir. |  |  |  |  |
| 2. | Yeni durumlara uyum sağlayabilmek için kendi davranışlarını düzenler, yeni durumlara ve sorunlara yaratıcı çözümler üretir. |  |  |  |  |
| 3. | En geçerli bilgiyi bulma yönünde bilimsel literatüre erişir, bilgiyi doğru alır ve sentezler. |  |  |  |  |
| 4. | Yazılı, sözlü ve görsel bilgi iletişiminde uygun ve etkili yöntem ve materyalleri kullanır. |  |  |  |  |
| 5. | Olası her bir sorun ve bunların çözümleriyle ilişkili riskleri ve olumsuz durumları belirler. |  |  |  |  |
|  | **Toplam Puan:** |  |  |  |  |

**1) Stajyer öğrencinin güçlü yönleri nelerdir?**

**2) Stajyer öğrencinin geliştirmesi gereken özellikleri nelerdir?**

**3) Ek değerlendirme ve açıklamalar (Gerekli görüldüğünde doldurulmalıdır.):**

**Uzman DKT Adı-Soyadı ve İmzası:**

**ONAY**

**Ek-4/B/Eng**

|  |
| --- |
| amblem**T.R.**  **ANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY** |
| **INTERN STUDENT’S CLINICAL PRACTICUM EVALUATION FORM (INTERNSHIP III and IV)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intern Student’s Name‒Surname :** | |
| **Start/End Dates of Internship :** | |
| **Name of the Institution :** | |
| **SLT’s Name‒Surname :**  **Diploma Number :** | **Date :**  **Signature:** |

|  |
| --- |
| **Specific professional competence about the required field for Intern SLT** |

**Satisfactory: SA, PR: Poor, N.O: Not Observed**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evaluation and Diagnosis of Communication and Swallowing Disorders** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Works in a compatible, collaborative and consultation way with team; participate actively in diagnostics |  |  |  |  |
| **2.** | Analyzes the evaluation results, patient history with other information, make comments, write reports and prepare an individualized therapy plan |  |  |  |  |
| **3.** | Expresses the correct and current information about the results and communication/swallowing disorders to the clients/patients/families |  |  |  |  |
| **4.** | Expresses the effect of the psychological, social medical problems of communication and swallowing disorder on patient’s/ immediate vicinity’s and aware of the effects of different situation on client’s/ patient’s problem |  |  |  |  |
| **5.** | Able to consult other professionals when in need |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plannning and Implementation of Treatment** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Decides which therapy techniques should be used according to the features of the problems. |  |  |  |  |
| **2.** | During assessment, discusses Speech and Language therapy’s necessity, results and prognosis; chooses the efficient therapy programme according to patient, and implement it in a collaborative way with client/patient’s relatives. |  |  |  |  |
| **3.** | Knows the terms of effectiveness and productivity in treatments; implements the effective therapy techniques by using required material and technology. |  |  |  |  |
| **4.** | Makes decisions with clients/family and other specialists about therapy’s starting-ending/modifications and resting periods; records these decisions and observes them. |  |  |  |  |
| **5.** | Collects data constantly in order to assess the therapy’s effectiveness; analyzes this; reports responses to treatment and make changes if needed. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Career Development, Continuing Education and Specific Ethical Responsibilities** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Knows the occupational role, follows the international ethical rules and behaves according to them. |  |  |  |  |
| **2.** | As being a SLT intern, improves his/her professional knowledge |  |  |  |  |
| **3.** | Keeps daily recording with universally known and accepted terminology |  |  |  |  |
| **4.** | Works independently |  |  |  |  |
| **5.** | Creates a time schedule by taking all the requests into consideration and determining realistic targets and follows this schedule |  |  |  |  |

**The General Professional Competency That Is Necessary for The Applicant SLP**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Individual and Interpersonal Competence** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Shows the feature of seriousness, honest, sincere, emphatic and trustworthy behavior |  |  |  |  |
| **2.** | Gets necessary information from clients in an effective, sympathetic and appropriate way |  |  |  |  |
| **3.** | Makes effective communication; gives true feedback in a susceptible, intelligible way, shows positive attitude |  |  |  |  |
| **4.** | Shows respects to ethical values of multi-culturalism, multilingualism and variety |  |  |  |  |
| **5.** | Ability to meet his/her profession’s demand and as faces on difficulty shows overcoming the stress ability, makes self-criticism and continues self-respect |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Supportive Competence** | | **Good**  **(4)** | **SA**  **(2)** | **PR**  **(1)** | **N.O**  **(0)** |
| **1.** | Takes his/ her individual enhancement responsibility for developing interpersonal communication skill |  |  |  |  |
| **2.** | Ability to accommodate himself/herself to new circumstances, arranges his/her attitude and produces creative solutions to problems |  |  |  |  |
| **3.** | Ability to access to scientific literature, gets true information and synthesizes |  |  |  |  |
| **4.** | Uses suitable and effective methods in written, oral and visual communication |  |  |  |  |
| **5.** | Determines any possible problem and risks related to solution and negative situation |  |  |  |  |

**Total Point:**

**1. What were the strong strengths of Intern SLP?**

**2. What were the features of Intern SLP that need to be developed?**

**3. If necessary, additional evaluation/explanations must be written to back face of this form.**

**SLT’s Name‒Surname and Signature:**

**APPROVAL**

**EK-5 ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**

KSB= Konuşma sesi (Artikülasyon-Fonolojik) Bozukluk

KK= Kekemelik

S= Ses

YU= Yutma

AF=Afazi

DİL=Dil bozuklukları

MKB= Motor Konuşma Bozuklukları

İ= İşitme bozuklukları

DDY= Dudak-Damak ve Baş-Yüz Anomali

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL ve KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STAJ DEVAM VE FAALİYET İZLEME ÇİZELGESİ | | |
| Stajyer Öğrenci Adı-Soyadı |  | Staj Yapılan Yıl/Dönem |
| Staj Yapılan Kurumun Adı |  | |

**Y: Yetişkin, Ç: Çocuk, D: Değerlendirme, T: Terapi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih | Açıklama | | | | Gözlenen Bozukluk Türü | Süre (Dakika) | Yapılan Görev/İş Tanımı/Faaliyet | Staj Yeri Uzman DKT Adı-Soyadı İmzası |
| Y | Ç | D | T |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Toplam Saat/Dakika | | | | | |  |  |  |
| Onaylayan Danışmanın Adı-Soyadı ve İmzası | | | | | |  | |  |

**EK-5/Eng**

Ar= Articulation and/or Phonological Disorders

St= Stuttering

V= Voice

Dys= Dysphagia

Aph= Aphasia

LD= Language Disorders

MSD= Motor Speech Disorders

HD= Hearing Disorders

CLP= Cleft Lip and Palate, Craniofacial Anomalies

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANADOLU UNIVERSITY, FACULTY OF HEALTH SCIENCES, DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY, DAILY THERAPY AND OBSERVATION HOUR LOG | | |
| Intern SLP Name‒Surname |  | **Semester of Internship** |
| Name of Internship Placement |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | Type of Observation | | | | Type of Disorder Observed | Duration (Minutes) | Definition of Therapy Task/Activity | SLT Name‒Surname,  Signature |
| **A** | **C** | **As** | **T** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Total Hours/Minutes | | | | | |  |  |  |
| Faculty Supervisor’s Name-Last Name Signature | | | | | |  | |  |

**A: Adult, C: Child, As: Assessment, T: Therapy**

**ANADOLU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL ve KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ**

**EK-6**

**STAJ KLİNİK GÖZLEM VE UYGULAMA FAALİYET ÇİZELGESİ**

*Stajyer Öğrencinin Adı-Soyadı: Uygulama Yılı/Dönemi:* **Onaylayan Danışmanın Adı-Soyadı ve İmzası:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Hafta* | *1* | | *2* | | *3* | | *4* | | *5* | | *6* | | *7* | | *8* | | *9* | | *10* | | *11* | | *12* | | *13* | | *14* | | ***Toplam*** | |
|  | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* | *Y* | *Ç* |
| *Konuşma Sesi (Artikülasyon-Fonolojik) Bozuklukları* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Dil Bozuklukları* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Afazi* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Motor Konuşma Bozuklukları* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Akıcılık Bozuklukları* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Ses Bozuklukları* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Yutma Bozuklukları* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Dudak-Damak Yarıklığı ve Baş-Yüz Anomalileri* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *İşitme Yetersizlikleri* | *Gözlem* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Değ.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Terapi* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Uzman Adı-Soyadı ve İmzası* |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

**EK-6/Eng**

**ANADOLU UNIVERSITY, FACULTY OF HEALTH SCIENCES, DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY**

**INTERNSHIP CLINICAL OBSERVATION AND PRACTICUM ACTIVITY SCHEDULE**

**Intern’s Name‒Surname: Practice Year/Semester: Faculty Supervisor Name‒Surname, Signature:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Week** | **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | | **7** | | **8** | | **9** | | **10** | | **11** | | **12** | | **13** | | **14** | | **Total** | |
|  | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C | A | C |
| **Speech Sound (Articulation- Phonological) Disorders** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Language Disorders** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aphasia** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Motor Speech Disorders** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fluency Disorders** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Voice Disorders** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dyspagia** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cleft Lip- Palate and**  **Craniofacial Anomalies** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hearing Impairment** | Observation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assessment |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Therapy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SLT’s Name-Last Name & Signature** |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

**EK-7**

|  |  |
| --- | --- |
| **amblemT.C.**  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ** | |
| **STAJYER ÖĞRENCİ STAJ RAPORU** | |
| **Staj Yeri Adı** |  |
| **Staj Yeri Adresi** |  |
|  |
|  | |
| **1. Staj yerinizde çalışan Uzman Dil ve Konuşma Bozuklukları Terapisti’nin görevlerini tanımlayınız (Hasta-vaka sayısı, hangi bozukluğu ağırlıklı çalıştığı, gelen popülasyonun özellikleri, seans süresi, niteliği vb.).** | |
| **2. Bu stajdan neler öğrendiniz?** | |
| **3. Stajınızın size sağladığı avantaj ve dezavantajlarını, en faydalı olduğunu düşündüğünüz yönlerini sıralayınız.** | |
| **4. Düşüncelerinizi ve eklemek istediklerinizi yazınız.** | |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | |
| Adı-Soyadı : | |
| T.C. Kimlik No\*: | |
| Öğrenci No : | |
| Tarih : | |
| İmza : | |

**\****Yabancı Uyruklu ise Pasaport No.su yazılır.*

**Ek-7/Eng**

|  |
| --- |
| **T.R.**  **ANADOLU UNIVERSITY**  **THE FACULTY OF HEALTH SCIENCE**  **DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY**  **INTERNSHIP REPORT** |

|  |  |
| --- | --- |
| The Name of Internship Place |  |
| The Address of Internship Place |  |
|  | |

**1. Explain the role of SLT( Speech and Language Therapist) where you work as intern.( The number of patient, which disorder he/she mainly works, the caseload, therapy duration, quality etc.).**

**2. What did you learn from this internship?**

**3. Write the advantage and disadvantage of internship and the most useful aspect of your internship.**

**4. What would you like to add about your internship?**

|  |  |
| --- | --- |
| **STUDENT INFORMATION** |  |
| **Name-Surname:** |  |
| **ID Number:\*** |  |
| **Date:** |  |
| **Signature:** |  |

**\*If foreign national, please write Passport Number.**

**EK-8**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **amblemT.C.**  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ** | | | | |
| **STAJ YERİNİ VE UZMAN DKT’Yİ DEĞERLENDİRME FORMU** | | | | |
| **Staj Yeri Adı :**  **Staj Yeri Uzman Dil ve Konuşma Terapisti Adı‒Soyadı :**  **YT: Yeterli, ZA: Zayıf, GZ: Gözlenmedi** | | | | |
| **Her cümlede geçerli olan yanıtın yanına X işareti koyunuz.** | **İyi** | **YT** | **ZA** | **GZ** |
| **1. Terapi seanslarından önce plan/program yapma ve materyal/araç-gereç hazırlama** |  |  |  |  |
| **2. Vakaya uygulanan terapi/tedavi yöntemlerini gösterme ve açıklama** |  |  |  |  |
| **3. Seans sırasında ya da seanstan hemen sonra size yazılı ve/veya sözlü dönüt verme, tavsiyede bulunma ve açıklama yapma** |  |  |  |  |
| **4. Uzmanın vakaya yazılı ve/veya sözlü dönüt vermesi, ev ödevleri/ev egzersiz programı ile ilgili tutumu** |  |  |  |  |
| **5. Uzmanın vakalarla/hastalarla ve ailelerle iletişimi** |  |  |  |  |
| **6. Uzmanın diğer meslek uzmanları ile iletişimi** |  |  |  |  |
| **7. Uzmanın stajyer öğrenciler ile iletişimi, tutumu ve desteği** |  |  |  |  |
| **8. Gözlediğiniz klinisyenin güçlü yönleri nelerdir? Sizce neler farklı olabilirdi?** | | | | |
| **9. Çalışma koşulları ve fiziksel ortamlar uygun mu? Araç-gereç ve cihaz/cihazlar yeterli mi?** | | | | |
| **10. Size yeterli gözlem/uygulama fırsatı sağlandı mı? Eklemek istedikleriniz var mı?** | | | | |
| **11. Bu kurumu staj yapacak diğer öğrencilere de önerir misiniz?** | | | | |
| **Stajyer Öğrencinin Adı-Soyadı:**  **İmza:** | | | | |

**EK-8/Eng**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem**T.R.**  **ANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY** | | | | |
| **EVALUATION FORM OF INTERNSHIP PLACE AND SLT** | | | | |
| **Name of Internship Place :**  **Name‒Surname of SLT :**  **Satisfactory: SA, Poor: PR, Not Observed: N.O** | | | | |
| **Place an X to the boxes which best describes your opinion** | **Good** | **SA** | **PR** | **N.O** |
| **1. Making plan/program, preparing materials/ equipments before therapy sessions** |  |  |  |  |
| **2. Showing and explaining therapy/ treatment techniques applied to the case** |  |  |  |  |
| **3. Giving written and/or verbal feedback, making recommendation, giving directions during or after session** |  |  |  |  |
| **4. Giving written and/or verbal feedback to the case, specialist’s attitude related with homework/ home exercises** |  |  |  |  |
| **5. SLT’s communication with cases/patients and families** |  |  |  |  |
| **6. SLT’s communication with other profession specialists** |  |  |  |  |
| **7. SLT’s communication, attitude and support for intern SLP’s/ students** |  |  |  |  |
| **8. What is SLT’s strengths? What could be different?** | | | | |
| **9. Are working conditions and physical environment suitable for intervention? Are the equipments and devices sufficient?** | | | | |
| **10. Was sufficient observation/ practice opportunity provided to you? What would you like to add?** | | | | |
| **11. Do you suggest this instituiton to the other interns?** | | | | |
| **Name-Surname of Intern Student:**  **Signature (Date):** | | | | |

**EK-9**

|  |
| --- |
| **amblem**  **T.C.**  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ** |
| **STAJ BİTİŞ FORMU** |
| **STAJYER ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
| Adı‒Soyadı : |
| T.C. Kimlik No\* : |
| Yabancı Uyruklu Öğrenci No : |
| Kayıtlı Olduğu Bölüm Adı : |
| Kayıtlı Olduğu Program Adı : |
| Telefon/E-posta : Tel: E-posta: |
| **STAJ BAŞLANGIÇ TARİHİ :** ………./………/……….. |
| **STAJ BİTİŞ TARİHİ :** ………./………/……….. |
|  |
| **STAJ YERİ BİLGİLERİ** |
| Staj Yeri Adı : |
| Staj Yeri Yetkilisi : |
| Staj Yeri Adresi : |
| Telefon/E-posta : Tel: E-posta: |
| Formun Düzenlendiği Tarih : |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan Fakülteniz öğrencisi zorunlu……… günlük stajının ……………..günlük kısmını …………………‒………………….tarihleri arasında kurum/kuruluşumuzda yapmıştır.  Bilgilerinize arz/rica ederim.  Staj Yeri Yetkilisi İmzası    Mühür/Kaşe |

**\*** *Yabancı Uyruklu ise Pasaport No.su yazılır.*

**Ek-9/Eng**

|  |
| --- |
| amblem**T.R.**  **ANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **DEPARTMENT OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY** |
| **COMPLETION OF INTERNSHIP FORM** |
| **INFORMATION OF INTERN STUDENT** |
| Name‒Surname : |
| Id No\* : |
| Name of Department : |
| Name of Program : |
| Telephone : E-mail: @ |
| **START DATE OF INTERNSHIP** : ………./………/……….. |
| **END DATE OF INTERNSHIP**  : ………./………/……….. |
|  |
| **INFORMATION OF INTERNSHIP INSTITUTION** |
| Name : |
| Authorize : |
| Address : |
| Phone : E-mail: @ |
| Your Faculty’s student whose ID information is given above did his/her ….…… daily obligatory internship’s ………… days ‒ between ……………. . . . . dates at our institution/foundation.  Kindly submitted for your information.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Institution Manager  (Signature/Date)    Seal/Stamp |

**\*** *If Foreign National, please write Passport No.*

**EK-10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **amblemT.C.**  **ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ** | | |
| **STAJ KOMİSYONU DEĞERLENDİRME RAPORU** | | |
| Öğrencinin Adı‒Soyadı |  | |
| T.C. Kimlik No |  | |
| Kayıtlı Olduğu Bölüm/Program Adı |  | |
| Staj Başlangıç‒Bitiş Tarihleri |  | |
| **STAJ YERİ NOTU**  **(EK-4/A veya EK-4/B)** | **--------- × 0,50 =** | |
| **ÖĞRENCİ STAJ RAPORU NOTU**  **(EK-7)** | **1. ÜYE NOTU: ------- × 0,30 =**  **2. ÜYE NOTU: ------- × 0,30 =**  **NOT ORTALAMASI =** | |
| **STAJ FAALİYET RAPORU NOTU (EK-5 ve 6)** | **1. ÜYE NOTU: ------- × 0,20 =**  **2. ÜYE NOTU: ------- × 0,20 =**  **NOT ORTALAMASI =** | |
| **BAŞARI NOTU = (EK-4) + (EK-7 Not Ortalaması) + (EK-5 ve 6 Not Ortalaması)**  **BAŞARI NOTU =**  **UYARI! Alınan toplam not 60’ın altında olursa öğrenci stajından BAŞARISIZ sayılır.** | | |
| **BAŞARILI BAŞARISIZ** | | |
| **STAJ DERSİ ÖĞRETİM ELEMANI/AKADEMİK DANIŞMAN**  Adı‒Soyadı :  İmza : | | |
| **STAJ KOMİSYONU ÜYESİ 1**  Adı‒Soyadı :  İmza : | | **STAJ KOMİSYONU ÜYESİ 2**  Adı‒Soyadı :  İmza : |
| **STAJ KOMİSYONU BAŞKANI**  Adı‒Soyadı :  İmza : | | |

**EK-10/Eng**

|  |
| --- |
| **T.R.**  **amblemANADOLU UNIVERSITY**  **FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  **INTERNSHIP COMMISSION EVALUATION FORM** |
| **Student’s Name-Surname :**  **ID Number :**  **Department :**  **Internship Starts/Ends(Date) :**   |  | | --- | | **GRADE OF INTERNSHIP PLACE (Attachm. 4/a or 4/b): --------- × 0.50 =** | | **GRADE OF STUDENT INTERNSHIP REPORT (Attachm.-7): Grade of 1st Member : × 0.30 =**  **Grade of 2nd Member: × 0.30 =**  **GPA =** | | **GRADE OF INTERNSHIP REPORT (Attachm. 5 and 6) : Grade of 1st Member: ------- × 0.20 =**  **Grade of 2nd Member: ------ × 0.20 =**  **GPA =** | | **FINAL GRADE = (Attachm.-4) + (GPA of Attachm.-7) + (GPA of Attachm.-5 and 6)**  **FINAL GRADE =**  **Attention!: If the total grade below 60, the student is accepted to have failed.** |   **SUCCESSFUL FAILED**  **INTERNSHIP COORDINATOR/ACADEMIC ADVISER**  Name‒Surname :  Signature :  **INTERNSHIP COMMISSION**  **1st MEMBER 2nd MEMBER**  Name‒Surname : Name‒Surname :  Signature : Signature :  **HEAD OF THE INTERNSHIP COMMISSION**  Name‒Surname :  Signature : |