Załącznik nr 9 do
Z.154.2025.2026
z dnia 30 września 2026 r.

POLITECHNIKA BYDGOSKA
Wydział Medyczny

ANKIETA OCENY MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ PRZEZ STUDENTA WYDZIAŁU MEDYCZNEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ

Szanowna Studentko/Studencie,

Zwracamy się do Pani/Pana z uprzejmą prośbą o dokonanie oceny zrealizowanych już praktyk zawodowych. Ankieta ma charakter dobrowolny i anonimowy. Uzyskane dane będą dla nas źródłem informacji o jakości prowadzonych praktyk zawodowych i pozwolą na ich doskonalenie zarówno pod względem miejsca ich realizacji, jak i osób prowadzących.

W związku z powyższym prosimy o uzupełnienie oczekiwanych danych, wybranie właściwej odpowiedzi lub zaznaczenie X przy wybranej ocenie.

I. Rodzaj praktyki (proszę wpisać nazwę praktyki zgodnie z nazwą w dzienniku/sylabusie (np.: praktyka w zakresie opieki nad chorym, praktyka w zakresie pomocy doraźnej itp.):

……

II. Nazwa szpitala/placówki/oddziału, w którym realizowana była praktyka zawodowa:

……..……...……

III. Ocena realizacji praktyki zawodowej w skali ocen od 1 do 5, gdzie:

1=bardzo nisko, 2=raczej nisko, 3=trudno powiedzieć, 4=raczej wysoko, 5=bardzo wysoko

Kategorie oceny	***Skala oceny***				
	1	***2***	***3***	***4***	***5***
Warunki, w których odbywała się praktyka (wyposażenie w nowoczesny sprzęt, liczba chorych, zakres diagnostyki i leczenia, nowoczesne łóżka, dostęp do łazienki dla chorych, dostęp do szatni dla studentów)					
Wyposażenie w sprzęt ochrony osobistej (rękawiczki jednorazowe: higieniczne i jałowe, inny materiał/sprzęt)					
Stosunek personelu do studentów					
Stosunek opiekuna praktyki do studentów (życzliwość, gotowość do udzielania wsparcia)					
Umiejętności opiekuna praktyk (doświadczenie, wiedza, przystępność w przekazywaniu nowych informacji)					
Stopień doskonalenia umiejętności zawodowych (możliwość częstego wykonywania czynności zawodowych)					
Stopień pogłębienia wiedzy (uzyskanie nowej wiedzy lub możliwość pogłębienia i utrwalenia już znanej)					
Ogólna ocena wskazanej praktyki					

Wskaż jakie czynności najczęściej wykonywałaś/łeś w czasie ocenianej praktyki zawodowej

Wskaż jakich czynności nie miałaś/eś możliwości wykonać w czasie ocenianej praktyki zawodowej

Czy Pani/Pana zdaniem praktyka zawodowa powinna odbywać się w tym ocenianym przez Ciebie miejscu

[ ] tak [ ] nie

Jeżeli zaznaczono ***nie*** napisz dlaczego:

Czy Pani/Pana zdaniem opiekunem praktyk zawodowych powinna być nadal wyznaczona osoba

[ ] tak [ ] nie

Jeżeli zaznaczono ***nie*** napisz dlaczego: