Załącznik nr 5 do
Z.153.2025.2026
z dnia 30 września 2026 r.

POLITECHNIKA BYDGOSKA
Wydział Medyczny

KRYTERIUM DOBORU MIEJSCA ODBYWANIA PRAKTYK

Kierunek studiów: lekarski

Imię i nazwisko studenta: ……..….....

Nazwa podmiotu leczniczego/opiekuńczego: ……..…..

……

Zakres praktyk zawodowych: ……...….

Lp	Kryterium oceny:			Ocena punktowa	Liczba punktów
1	**Placówka medyczna**	**ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia* oraz:**	posiada akredytację	4	
			przygotowuje się do akredytacji	3	
			nie posiada akredytacji	2	
		nie ma podpisanego kontraktu z NFZ		0 – brak możliwości realizacji praktyki	
2	**Czy charakter i zakres świadczonej opieki zdrowotnej umożliwia realizację efektów uczenia się zawartych w programie praktyki?**		tak	2	
			nie	0 – brak możliwości realizacji praktyki	
3	**Czy placówka była wybierana już wcześniej na miejsce odbywania praktyk studenckich?**		wielokrotnie	2	
			sporadycznie	1	
			nigdy	0	
4	**Doświadczenie personelu w pracy ze studentami:**		powyżej 5 lat	2	
			poniżej 5lat	1	
5	**Czy jednostka posiada szatnię, z której studenci mogą korzystać?**		tak	2	
			nie	0	
6	**Czy w placówce jest sala seminaryjna?**		tak	2	
			– dążenie do zaadaptowania	1	
			nie	0	
7	**Czy studenci mają dostęp**		tak	2	

	do pomieszczenia, w którym mogliby m.in. sporządzić notatki, wypełnić dokumentację?	– w ograniczonym zakresie	1	
		nie	0	
8	**Czy studenci mają możliwość spożycia posiłku na terenie placówki?**	tak	2	
		nie	0	
9	**Czy w jednostce obywają się wewnętrzne szkolenia, w których studenci mogliby brać udział?**	tak	2	
		nie	0	
Suma uzyskanych punktów:				

Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej ≥ 11 pkt

....

data i miejscowość pieczątka i podpis osoby decyzyjnej z ramienia podmiotu leczniczego

<u>OPINIA PEŁNOMOCNIKA DZIEKANA DS. PRAKTYK ZAWODOWYCH ZE STRONY UCZELNI</u>

Opiniowana placówka spełnia wymagane kryteria niezbędne/nie spełnia wymaganych kryteriów niezbędnych* do prawidłowej realizacji praktyk przez studenta/ów kierunku lekarskiego Politechniki Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich w Bydgoszczy.

……..… ……...…….

data i miejscowość pieczątka i podpis Pełnomocnika dziekana ds. praktyk zawodowych

*niepotrzebne skreślić