

15. Przebieg szkolenia teoretycznego

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
1	Badanie podmiotowe osoby dorosłej	10		Jerzy Krukowski
2	Badanie przedmiotowe osoby dorosłej	55		Jerzy Krukowski
3	Ocena stanu zdrowia pacjenta na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego	10		Jerzy Krukowski
Razem liczba godzin		75		

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/nie zaliczono¹⁾
 (data) (podpis kierownika kursu specjalistycznego)
 (dotyczy postaci papierowej)

16. Przebieg szkolenia praktycznego

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od - do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
1	Oddział chorób wewnętrznych Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach Oddział chorób wewnętrznych 89-600 Chojnice, ul. Leśna 10		15		lek. Bernadeta Klunder, spec. chorób wewnętrznych
2	Oddział neurologiczny; Oddział anestezjologii i intensywnej terapii Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach Oddział neurologiczny z oddziałem udarowym 89-600 Chojnice, ul. Leśna 10		10		lek. Mateusz Gutkowski, spec. neurologii
Razem liczba godzin			25		

Szkolenie praktyczne – zaliczono/~~nie zaliczono~~⁴⁾

(data) (podpis kierownika kursu specjalistycznego)
(dotyczy postaci papierowej)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/~~nie zaliczono~~⁴⁾

(data) (podpis i pieczęć organizatora kształcenia)
(dotyczy postaci papierowej)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny **Wywiad i badanie fizykalne**
(nazwa kursu)

prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowany przez

Nursikom Jerzy Krukowski

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia) (dotyczy postaci papierowej)