

Wydział Nauk Medycznych
Kierunek: **Pielęgniarstwo studia drugiego stopnia**
Forma studiów: **niestacjonarne**
Rok studiów: **drugi**
Semestr: **trzeci**

Rok akademicki:
Nr albumu:

**KARTA OKRESOWYCH OSIĄGNIĘĆ STUDENTA
PRAKTYKI**

Student:

Lp.	Praktyki odbywane w ramach przedmiotu	Miejsce realizacji/oddział	Termin	Liczba godzin	Ocena	Pieczętka i podpis opiekuna
1.	Edukacja terapeutyczna w wybranych chorobach przewlekłych			40		
2.	Podstawowa opieka zdrowotna			20		
3.	Wentylacja mechaniczna długoterminowa w opiece stacjonarnej i domowej			40		

opiekun / kierownik praktyk

.....