

## ZÁZNAM O VYKONÁNÍ INDIVIDUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE II

**Akademická rok 2019/2020, jarní semestr**

**Obor:** Všeobecná sestra

**Forma studia:** prezenční

**Jméno a příjmení studenta:**

Potvrzuji, že výše uvedený student v době od .....do.....2020 absolvoval individuální ošetrovatelskou praxi na chirurgickém pracovišti, ve trojsemenném provozu, pod vedením školitelky (mentorky). V rámci individuální ošetrovatelské praxe byl dodržen Zákoník práce.

**Individuální ošetrovatelská praxe proběhla v rozsahu 160 hodin, z čehož 20 hodin tvořila praxe vedená fyzioterapeutem.**

zdravotnické zařízení.....

klinika/oddělení.....

ošetrovací jednotka.....

V..... dne.....2020

Podpis vrchní sestry/staniční sestry/mentorky

Razítko zdravotnického zařízení

**Masarykova univerzita, Lékařská fakulta**

Kamenice 753/5, 625 00 Brno, Česká republika

T: +420 549 49 2910, E: info@med.muni.cz, www.med.muni.cz

Bankovní spojení: KB Brno-město, ČÚ: 85636621/0100, IČ: 00216224, DIČ: CZ00216224

V odpovědi, prosím, uvádějte naše číslo jednací.