

ZÁZNAM O VYKONÁNÍ INDIVIDUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE II

Akademická rok 2020/2021, jarní semestr

Obor: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční

Jméno a příjmení studenta:

Potvrzuji, že výše uvedený student v době oddo.....2021 absolvoval individuální ošetřovatelskou praxi na chirurgickém pracovišti, ve trojsemenném provozu pod vedením školitele/školitelky (mentora/mentorky). V rámci individuální ošetřovatelské praxe byl dodržen Zákoník práce.

Individuální ošetřovatelská praxe proběhla v rozsahuhodin.

Ve zdravotnickém zařízení.....

na klinice/oddělení.....

na ošetřovací jednotce.....

V....., dne.....

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.