

(nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczęć placówki)

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI / EFEKTY UCZENIA SIĘ	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	Zna strukturę poradni; czynności administracyjne związane z obsługą chorych (rejestracja, wypisywanie skierowań, zaświadczeń, zwolnień i innych prac wchodzących w zakres czynności lekarskich)	
2.	Zna zakres działania w/w poradni	
3.	Zna zasady współpracy w/w poradni ze specjalistycznymi jednostkami służby zdrowia (szpitale, poradnie specjalistyczne)	
4.	Asystuje i pomaga przy badaniu chorych, wizytach domowych	
5.	Pomaga w wykonywaniu innych czynnościach lekarsko-pielęgniarskich wykonywanych w placówce,	
6.	Wykonuje zabiegi pielęgniarские, udziela pierwszej pomocy w nagłych przypadkach.	
Uwagi Poświadczam, że student/ka odbył/a praktyki w poradni leczenia otwartego (lekarz rodzinny) od do (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)		