

.....  
(pieczęć nagłwkowa jednostki dydaktycznej  
Collegium Medicum w Bydgoszczy)

.....  
(pieczęć nagłwkowa placówki szkoleniowej)

**Wydział Nauk o Zdrowiu  
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu**

**ARKUSZ WYBORU I OCENY PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK WAKACYJNYCH  
STUDENTÓW AUDIOFONOLOGII**

<b>Kryterium</b>		<b>Liczba otrzymanych punktów</b>
Wykształcenie personelu (audiofonolog, protetyk słuchu, osoba wykonująca badania słuchu )	≥ 50% posiada wykształcenie wyższe	3
	< 50% posiada wykształcenie wyższe	2
	brak personelu z wykształceniem wyższym	1
Doświadczenie w prowadzeniu praktyk	tak	2
	nie	1
Średni staż pracy w zawodzie (audiofonolog, protetyk słuchu, osoba wykonująca badania słuchu)	powyżej 6 lat	3
	3-6 lat	2
	poniżej 3 lat	1
Wyposażenie pracowni badań słuchu	audiometria tonalna	1
	mostek impedancyjny	1
	otoemisja	1
	BERA	1
Wyposażenie pracowni dopasowania aparatów słuchowych ( II rok)	gabinet protetyczny posiadający umowę z NFZ	1

	gabinet protetyczny jest czynny codziennie	1
	gabinet wyposażony jest w kabinę ciszy	1
	gabinet posiadający sprzęt do diagnostyki badań słuchu	1
	gabinet posiada sprzęt komputerowy z systemem NOAH do programowania aparatów słuchowych	1
	gabinet stanowisko do pobierania odlewów uszu	1
	gabinet posiada stanowisko do obróbki otoplastycznej	1
	osoba pracująca w gabinecie posiada wykształcenie kierunkowe	1
Sala wykładowa	tak	2
	nie	0
Dostępność sprzętu komputerowego	tak	2
	nie	0
Biblioteka	tak	2
	nie	0
Szatnia dla studentów	tak	2
	Nie	0
Szkolenia wewnętrzne dla audiofonologów, protetyków słuchu, osób wykonujących badania słuchu	tak	2
	nie	0
ŁĄCZNA ILOŚĆ PUNKTÓW		

.....  
*pieczętka i podpis osoby oceniającej placówkę*

**Kryteria oceny zakładu dla potrzeb praktyk wakacyjnych:**

zakład odpowiedni do prowadzenia praktyk:

7-30 pkt. (I rok)

15-30 pkt. (II rok)

zakład nieodpowiedni do prowadzenia praktyk:

≤ 6 pkt. (I rok)

≤ 6 pkt. (II rok)

---

**DECYZJA W SPRAWIE WYBORU I OCENY PLACÓWKI DLA POTRZEB KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**

Zatwierdzam\*/nie zatwierdzam\* (*\*niepotrzebne skreślić*) placówkę do przeprowadzania praktyk wakacyjnych.

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(pieczętka i podpis osoby zatwierdzającej z Collegium Medicum w Bydgoszczy)*