

## WZÓR

(str. 1)

**KARTA STAŻU ADAPTACYJNEGO POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO\***

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

(dzień, miesiąc, rok)

Dyplom położnej/położnego\* nr .....

Data i miejsce wydania .....

(dzień, miesiąc, rok, miejscowość)

Wydany przez .....

(nazwa i adres szkoły)

Numer zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu .....

wydanego przez .....

(nazwa i siedziba właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych)

Data i miejsce wydania .....

(dzień, miesiąc, rok, miejscowość)

Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym położna/położny\* odbywa staż adaptacyjny

Okres zatrudnienia od .....

(dzień, miesiąc, rok)

do .....

(dzień, miesiąc, rok)

Data wydania karty stażu adaptacyjnego położnej/położnego\* .....

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

Podpis kierownika podmiotu leczniczego:

.....

---

\* Niepotrzebne skreślić.

-----

(str. 2)

### STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE GINEKOLOGII

Nazwa podmiotu leczniczego .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Termin stażu cząstkowego od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego .....

Ocena umiejętności zawodowych .....

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

-----

(str. 3)

### STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE CIĄŻY POWIKŁANEJ

Nazwa podmiotu leczniczego .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Termin stażu cząstkowego od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego .....

Ocena umiejętności zawodowych .....

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

-----

(str. 4)

### STAŻ CZĄSTKOWY W SALI PORODOWEJ

Nazwa podmiotu leczniczego .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Termin stażu cząstkowego od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego .....

Ocena umiejętności zawodowych .....

.....  
.....  
.....  
.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

-----

(str. 5)

### STAŻ CZĄSTKOWY W PODMIOCIE LECZNICZYM WYKONUJĄCYM ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

Nazwa podmiotu leczniczego .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Termin stażu cząstkowego od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego .....

Ocena umiejętności zawodowych .....

.....  
.....  
.....  
.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

-----

### STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE POŁOŻNICZYM

Nazwa podmiotu leczniczego .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Termin stażu cząstkowego od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego .....

Ocena umiejętności zawodowych .....

.....

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

-----

### STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE NOWORODKOWYM

Nazwa podmiotu leczniczego .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Termin stażu cząstkowego od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego .....

Ocena umiejętności zawodowych .....

.....

.....

.....

.....

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego:

Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

.....

.....

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

-----

(str. 8)

Uwagi o przebiegu stażu cząstkowego

Opinia zawodowa położnej

(wypełnia koordynator stażu adaptacyjnego)

-----