UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE

Wydział Medycyny Weterynaryjnej

DZIENNIK PRAKTYKI KLINICZNEJ

……

Nazwa zakładu pracy

……

Adres zakładu pracy

…….

Imię i nazwisko studenta

……	weterynaria	stacjonarne
Numer albumu	kierunek studiów	rodzaj studiów

V	10	…….
rok studiów	semestr	rok akademicki

liczba godzin odbytej praktyki : …… godz.

Potwierdzenie odbycia praktyki

Data odbycia praktyki : ……

…….	……..
Pieczęć zakładu pracy, w którym odbywana jest praktyka	Pieczęć imienna i podpis osoby nadzorującej praktykę

Zaliczenie praktyki

……	……..	……
Ocena	Data	Podpis Pełnomocnika Dziekana ds. Praktyk

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA:	**KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA: **KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

DATA:	**KLINICZNY OPIS PRZYPADKU**

Opis:

Wywiad:

Objawy:

Rozpoznanie:

Leczenie:

Uwagi:

KRÓTKI OPIS KLINICZNYCH PRZYPADKÓW –
POZOSTAŁYCH PACJENTÓW PRZYJĘTYCH
TEGO SAMEGO DNIA – LUB c.d. LECZENIA

……
podpis i pieczęć Opiekuna praktyki

Uwagi ogólne praktykanta o przebiegu praktyki

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Opinia Opiekuna o przebiegu praktyki

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……