

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AKADEMİK ÖĞRENCİ DANIŞMANLIĞI TAKİP FORMU

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİNİN	
Unvanı, Adı, Soyadı:	Tarih:
Anabilim / Bilim Dalı:	Görüşme No:

ÖĞRENCİNİN	
Adı, Soyadı:	Telefon No:
Numarası:	E-posta adresi:
Kayıt tarihi:	Okuduğu dönem:
Kaldığı yer /Adres: <i>Bir önceki değerlendirme formuna göre değişiklik varsa lütfen belirtiniz</i>	

ÖĞRENCİ İLE İLGİLİ KİŞİSEL BİLGİLER		
Kronik Sağlık Sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Lütfen Açıklayın)
Sürekli Kullandığı ilaçlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Lütfen Açıklayın)
Psikolojik destek gereksinimi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Lütfen Açıklayın)
Çalışma ortamı ile ilgili sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Lütfen Açıklayın)
Belirttiği başka sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Lütfen Açıklayın)

ÖĞRENCİNİN SOSYAL FAALİYETLERİ	
KATILDIĞI KULÜPLER	
KATILDIĞI PROJELER	
ALDIĞI GÖREVLER	

ÖĞRENCİNİN AKADEMİK BAŞARI BİLGİLERİ		
	GÜZ DÖNEMİ	BAHAR DÖNEMİ
1. YIL		
2. YIL		
3. YIL		
4. YIL		
5. YIL		
6. YIL		
DİSİPLİN CEZALARI		

Görüşmeye ilişkin belirtmek istediğiniz diğer konular ve önerileriniz:

İMZA: