**NYILATKOZAT**

Alulírott, Dr. ………………………………………………, mint gyakorlatvezető ellenőriztem ……………………………………………… hallgató esetbemutatását.

Értékelés:

|  |  |
| --- | --- |
| **MEGFELELŐ** | **NEM MEGFELELŐ** |

Kelt: Budapest,

|  |
| --- |
| ……………………………………….gyakorlatvezető aláírásaorvosi pecsét |

Alulírott, Dr. ………………………………………………, mint supervisor ellenőriztem ……………………………………………… hallgató esetbemutatását.

Értékelés:

|  |  |
| --- | --- |
| **MEGFELELŐ** | **NEM MEGFELELŐ** |

Kelt: Budapest,

|  |
| --- |
| ……………………………………….supervisor aláírásaorvosi pecsét |