



KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



Sayfa: 1/1

ÖĞRENCİ DANIŞMANLIĞI
TAKİP DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih:/..... / 20...

ÖĞRENCİYE AİT BİLGİLER	
Adı, Soyadı :	Telefon :
Halen okuduğu dönem :	E-mail :
Kaldığı yer/adres : Bir önceki değerlendirme formuna göre değişiklik varsa lütfen belirtiniz	

ÖĞRENCİ İLE İLGİLİ KİŞİSEL BİLGİLER	
Öğrencinin kronik sağlık sorunu var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)	Öğrencinin sürekli kullandığı ilaçlar var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)
Öğrencinin barınma sorunu var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)	Öğrencinin burs gereksinimi var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)
Öğrencinin sosyal destek gereksinimi var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)	Öğrencinin psikolojik destek gereksinimi var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)
Öğrencinin çalışma ortamı ile ilgili sorunu var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)	Öğrencinin belirttiği başka sorunu var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)

VERİLEN DANIŞMANLIKLA İLGİLİ BİLGİLER	
Danışmanlık Konusu:	
Danışmanlık Süresi:	



KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



Sayfa: 2/1

ÖĞRENCİ DANIŞMANLIĞI
TAKİP DEĞERLENDİRME FORMU

Görüşmeye ilişkin belirtmek istediğiniz diğer konular ve önerileriniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..../..../.....
ÖĞrenci Adı-Soyadı
İmza

Not: Lütfen formun bir kopyasını saklayıp, bir kopyasını Ėrenci İşleri şefliğine gönderiniz