|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uprzejmie prosimy o recenzję artykułu, który został złożony w Redakcji naszego czasopisma.  Proszę o wypełnienie formularza zgodnie z wszystkimi przedstawionymi kryteriami.  Jeśli nie będzie możliwe dokonanie przez Panią/ Pana recenzji w ciągu **trzech tygodni**, uprzejmie prosimy o odesłanie tekstu na adres e-mail: *sztuka.leczenia@uj.edu.pl*  Z wyrazami szacunku  *Sekretarz Redakcji* | | | | | | | | |
| ***Formularz Recenzji Artykułu***  **Tytuł artykułu:** „***”***  ***Prosimy wstawić znak X w odpowiedniej kolumnie*** | | | | | | | | |
|  | **Typ artykułu** | Poglądowy | Przeglądowy | Raport z badań | | Studium przypadku | | |
|  |  |  |  |  | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| **l.p.** | **Ocena** | zdecydowanie niewystarczające | niewystarczające | wystarczające | zdecydowanie wystarczające | | nie dotyczy | brak |
| 1 | Zgodność tytułu  z treścią artykułu |  |  |  |  | |  |  |
| 2 | Sformułowanie celu  i problemów badawczych/  hipotez. |  |  |  |  | |  |  |
| 3 | Spójność wywodu |  |  |  |  | |  |  |
| 4 | Poprawność metodologiczna  i statystyczna. |  |  |  |  | |  |  |
| 5 | Opis grupy badanej, planu  i przebiegu badań |  |  |  |  | |  |  |
| 6 | Poprawność analizy. |  |  |  |  | |  |  |
| 7 | Prezentacja wyników badań. |  |  |  |  | |  |  |
| 8 | Dyskusja wyników. |  |  |  |  | |  |  |
| 9 | Wnioski |  |  |  |  | |  |  |
| 10 | Nowatorstwo przedstawionych twierdzeń. |  |  |  |  | |  |  |
| 11 | Zgodność  z wymogami formalnymi |  |  |  |  | |  |  |
| 12 | Zrozumiałość abstraktu. |  |  |  |  | |  |  |
| 13 | Bibliografia |  |  |  |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Prosimy wstawić znak X w odpowiednim wierszu*** | |
| **Ocena końcowa** | |
| Przyjąć bez poprawek. |  |
| Publikacja po drobnych poprawkach, bez konieczności ponownej recenzji. |  |
| Przyjąć po wprowadzeniu zasadniczych zmian, konieczna jest ponowna recenzja. |  |
| Nie przyjąć artykułu. |  |
| Inne |  |
| **Uzasadnienie - Uwagi Recenzenta** | |
|  | |
| Data  Podpis Recenzenta | |
| Wyrażam zgodę na umieszczenie mojego nazwiska na liście recenzentów Sztuki Leczenia za rok 2019  Podpis Recenzenta | |