Collegium Witelona Uczelnia Państwowa

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej

Kierunek: FIZJOTERAPIA

Studia stacjonarne jednolite magisterskie

DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna

z zakresu

FIZJOTERAPII W CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH

Rok studiów 3, semestr 6

.....

Imię i nazwisko studenta

.....

Imię i nazwisko studenta

.....

Nr albumu

……**2024/2025**…….

Rok akademicki

……

……

Miejsce odbywania praktyki zawodowej

……

Imię i nazwisko opiekuna w placówce

……	……**200**……
Termin trwania praktyki zawodowej	Ilość godzin dydaktycznych praktyk do realizacji

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem praktyk zawodowych w Collegium Witelona Uczelnia Państwowa – załącznik do zarządzenia nr 14/23 Rektora Collegium Witelona Uczelnia Państwowa z dnia 16 lutego 2023 r.

.....

własnoręczny podpis studenta

……..

Imię i nazwisko studenta

Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie realizowanych zadań - wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności wynikające z treści programowych ujętych w kierunkowym programie praktyki zawodowej, kierunek fizjoterapia, rok studiów 3, semestr 6, pkt.4	Podpis opiekuna praktyk w placówce

.....

data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis

……..

Imię i nazwisko studenta

Część II

Wykaz uzyskanych efektów uczenia się
w zakresie umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

WYKAZ UMIEJĘTNOŚCI UZYSKANYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ	Podpis opiekuna praktyk w placówce
F.U1. potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych	
F.U2. potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego	
F.U4. potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej	
F.U5. potrafi dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji	
F.U7. potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy	
F.U8. potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną	
F.U9. potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta	
F.U12. potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność	
F.U13. potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji	
F.U14. potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego	
F.U16. potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty	
F.U17. potrafi przestrzegać praw pacjenta	

……

data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis

Część III

Rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki zawodowej oraz informacje o jego przekazaniu do kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis

Część IV

Skrócenie czasu trwania praktyki zawodowej

Uzasadnienie opiekuna praktyk:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis

wypełnia w całości opiekun praktyk z placówki

Część V

……
pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające nazwę,
adres oraz NIP podmiotu leczniczego

Pan(i)

.....
imię i nazwisko studenta

……
Pesel studenta

Opinia opiekuna o praktykancie

.....

.....

.....

.....

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od ..... do .....

w zakładzie pracy ……

.....

.....

nazwa i adres zakładu pracy

.....
data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis