Collegium Witelona Uczelnia Państwowa

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej

Kierunek: FIZJOTERAPIA

Studia stacjonarne jednolite magisterskie

DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Wakacyjna praktyka z kinezyterapii

Rok studiów 2, semestr 4

.....

Imię i nazwisko studenta

.....

Imię i nazwisko studenta

.....

Nr albumu

……**2024/2025**……

Rok akademicki

……

……

Miejsce odbywania praktyki zawodowej

……

Imię i nazwisko opiekuna w placówce

……..... ……**300**…….

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 2, semestr 4, 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 przeprowadzić badania i zinterpretować jego wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych	
F.U3. potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego	
F.U4. potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego oraz celów kompleksowej rehabilitacji	
F.U8. potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej	
F.U9. potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta	
F.U10. potrafi inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę	
F.U11. potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych	
F.U12. potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność	

……..

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