

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 DYSFUNKCJACH UKŁADU RUCHU

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

.....
Termin trwania praktyki zawodowej

.....**200**.....

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, pieczęć, 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, pieczęć, 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczętka, 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Część V

Pan(i)

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

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