

**Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**

**Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej**

**Kierunek: FIZJOTERAPIA**

**Studia stacjonarne jednolite magisterskie**

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Praktyka z fizjoterapii klinicznej,  
fizykoterapii i masażu**

Rok studiów V , semestr 10

---

Imię i nazwisko studenta

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Nr albumu

.....**2025/2026**.....

Rok akademicki

.....  
Miejsce odbywania praktyki zawodowej

.....  
Imię i nazwisko opiekuna w placówce

.....  
Termin trwania praktyki zawodowej

.....**510**.....

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 5, semestr 10	Podpis zakładowego opiekuna praktyk

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

.....  
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 zakładowego opiekuna praktyk
F.U1. potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować jego 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.U3. 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.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.U6. potrafi zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać;	
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.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;	
F.U13. potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji;	
F.U14. 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;	
F.U18. nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku;	

.....  
data, pieczętka, 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 zakładowy opiekun praktyk

## Część V

Pan(i)

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

.....  
imię i nazwisko studenta

.....  
Pesel studenta

### Opinia zakładowego opiekuna praktyk 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