COLLEGIUM WITELONA
Uczelnia Państwowa

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej

Kierunek: FIZJOTERAPIA

Studia stacjonarne jednolite magisterskie

DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Praktyka asystencka

Rok studiów 1, semestr 2

……

Imię i nazwisko studenta

Rok akademicki……

……

Imię i nazwisko studenta

.....

Nr albumu

……

……

Miejsce odbywania praktyki zawodowej

……

Imię i nazwisko opiekuna w placówce

…… **……90……**

Termin trwania praktyki zawodowej Ilość godzin dydaktycznych praktyk do realizacji

.....

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 1, rozdział 4 (semestr 2)	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 jego wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych	
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 niepełnosprawności	
F.U11. potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych	
F.U12. potrafi samodzielnie wykonywać powierzone mu zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność	
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

Część VI

Załączniki:

- KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI - *opiekun praktyk w placówce wypełnia strony: 1 – 3*
- PROGRAM PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ – *opiekun praktyk w placówce wypełnia strony 1-3*