



**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

Rok akademicki.....

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Nr albumu

.....  
.....  
Miejsce odbywania praktyki zawodowej

.....  
Imię i nazwisko opiekuna w placówce

|                                   |                                                  |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------|
| .....                             | ..... <b>300</b> .....                           |
| 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<br>- wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności<br>wynikające z treści programowych ujętych w kierunkowym<br>programie praktyki zawodowej, kierunek fizjoterapia,<br>rok studiów 2, rozdział 4 (semestr 4) | Podpis opiekuna<br>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.<br>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.<br>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.<br>potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego                                                                                                               |                                    |
| F.U4.<br>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.<br>potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej                                                                                                                                  |                                    |
| F.U9.<br>potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta                                                                                                         |                                    |
| F.U10.<br>potrafi inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę                                                                                                         |                                    |
| F.U11.<br>potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych                                                                                                                |                                    |
| F.U12.<br>potrafi samodzielnie wykonywać powierzone mu zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność                                                                                                        |                                    |

.....  
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

## 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, pieczęć, 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*