Collegium Witelona
Uczelnia Państwowa

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej
Kierunek: Fizjoterapia
Studia stacjonarne jednolite magisterskie

SPRAWOZDANIE
PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII W CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH

.....

Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....

(pieczęć, nadruk lub naklejka
zawierające nazwę, adres oraz NIP
jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....

(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL[1)] .....

.....

(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....

(imię i nazwisko opiekuna)

.....

(pieczątka, nadruk lub naklejka
zawierające imię i nazwisko oraz
oznaczenie funkcji kierownika jednostki
organizacyjnej uczelni oraz
jego własnoręczny podpis)

[1)] W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.

Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć - wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć - wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć - wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć - wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć - wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

(pieczątka, nadruk lub naklejka
zawierające imię i nazwisko oraz
oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis)

KARTA ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH

Imię i nazwisko studenta ……

Inicjały i wiek pacjenta ……

Rozpoznanie kliniczne ……

LP.	Zadanie	Opis realizacji zadania
1.	Ocena funkcjonalna pacjenta	
2.	Planowanie czynności fizjoterapeutycznych	
3.	Opis wykonania zabiegu/ów	

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
Planuje model fizjoterapii w oparciu o zdobytą wiedzę teoretyczną z zakresu budowy anatomicznej i funkcjonalnej poszczególnych narządów i układów organizmu adekwatnie do stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta oraz celów kompleksowej rehabilitacji.	
Wykonuje zabiegi z zakresu kinezyterapii, elementów terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego; planuje i realizuje działania fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii klinicznej.	
Potrafi zaplanować zabiegi fizykalne w klinicznym leczeniu uzdrowiskowym osób z różnymi chorobami i dysfunkcjami.	
Dobiera, demonstruje i przeprowadza ćwiczenia ruchowe z pacjentami w różnym wieku z różnymi rodzajami dysfunkcji, potrafi wykorzystać w programie fizjoterapii elementy różnych metod kinezyterapeutycznych.	
Potrafi oceniać i weryfikować przebieg procesu usprawniania.	
Potrafi przewidzieć skutki przebiegu różnego rodzaju dysfunkcji oraz stanów chorobowych i określonego postępowania fizjoterapeutycznego.	
Potrafi komunikować się z pacjentem, jego rodziną lub opiekunem w zakresie planowania i wykonywania różnych działań z zakresu fizjoterapii.	

.....

(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 informacja 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

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(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 jednostki organizacyjnej uczelni)

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

Pan(i)

.....

(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL[2)] .....

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od .....do .....

w podmiocie leczniczym .....

.....

.....

(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....

(data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

.....

(data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji kierownika jednostki organizacyjnej uczelni, oraz jego własnoręczny podpis)

[2)] W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.