

DZIENNIK
PRAKTYKI ZAWODOWEJ
REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII

Praktyka ciągła – wybieralna
(400 godzin, 16 ECTS)

Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim

.....
(własnoręczny podpis praktykanta)

.....
Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL¹⁾.....

.....

.....
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

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

.....
(pieczętka i podpis opiekuna)

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
Umiejętność wykonania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii.	
Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowania programu terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych.	
Umiejętność doboru rodzaju zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta: – dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych – kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych – ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne.	
Wykonanie zabiegów fizykalnych – zabiegi cieplne miejscowe i ogólne (zabieg sauny), miejscowe zabiegi schładzania i krioterapii, kąpiele i półkąpiele, natryski, masaż wirowy kończyn górnych i dolnych, masaż podwodny, zabiegi z użyciem światła podczerwonego i nadfioletowego, laseroterapia, magnetoterapia, zabiegi z użyciem pól magnetycznych wielkiej częstotliwości, terapia ultradźwiękowa i fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne.	
Planowanie i wykonanie diagnostyki funkcjonalnej pacjentów z różnymi dysfunkcjami układu ruchu dla potrzeb kinezyterapii (badanie podmiotowe, przedmiotowe, podstawowe pomiary, sposoby oceny, testy funkcjonalne oraz testy specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii).	
Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej.	
Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta.	
Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii.	
Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów – stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego .	
Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu.	
Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami.	

Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej.	
Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności np. osteoporozy, otyłości itp.	
Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków pracowników i regulaminu pracy fizjoterapeuty.	
Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach.	
Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość zasad jej dostępności i obiegu dokumentów.	
Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej.	

Część III

Rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki zawodowej oraz informacja o jego przekazaniu do kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

[illegible]

(pieczętka i podpis opiekuna)

Część IV

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

(pieczętka i podpis opiekuna)

Część V

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL²⁾.....

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

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....
(data, pieczęć i podpis opiekuna)

.....
(data, pieczęć i podpis kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

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