



Akademia WSB

DZIENNIK

**PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ
W RAMACH KSZTAŁCENIA
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII**

JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE, SEM. IX

.....
TRYB STUDIÓW

.....
IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA, NUMER INDEKSU

.....
PIECZĘĆ UCZELNI

.....
PODPIS I PIECZĄTKA
PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS.
PRAKTYK

.....
(własnoręczny podpis praktykanta)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko Praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL *¹)

.....
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....
(imię i nazwisko Opiekuna)

*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

.....
(pieczęć i podpis Opiekuna)

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

Wykaz umiejętności	Podpis Opiekuna
Umiejętność wykonywania 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 ciepłne 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	

.....
(pieczętka i podpis Opiekuna)

Wykaz umiejętności	Podpis Opiekuna
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 pracowniczych 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	

.....
(pieczęćka i podpis Opiekuna)

Część V

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL*¹⁾

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 Pełnomocnika ds. Praktyk)