



# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH\***

**PRAKTYKA ASYSTENCKA/WDROŻENIOWA  
90 godzin dydaktycznych (3 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: I Semestr: 2**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
**(imię i nazwisko)**

**Nazwa i adres placówki:**

---

\* Opracowanie: dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski, dr Marta Jarocka, mgr Beata Tyszkiewicz-Gromisz, dr Dorota Drabarek, mgr Maciej Olesiejuk, mgr Krzysztof Stipura

.....  
.....  
**Termin realizacji praktyki** .....

**Opiekun zakładowy praktyki** .....

## **PROGRAM PRAKTYKI WDROŻENIOWEJ**

### **1. Cel praktyki:**

Celem praktyki jest przygotowanie Studenta do przyszłej pracy zawodowej:

- wdrożenie w specyfikę pracy z osobami chorymi, niepełnosprawnymi,
- poznanie organizacji placówki udzielającej świadczeń w zakresie fizjoterapii,
- nawiązywanie bezpośredniego kontaktu z osobami niepełnosprawnymi (słuchanie, rozmowa, empatia, tolerancja),
- asystowanie w zabiegach fizjoterapeutycznych (diagnostyka – ordynacja – ewaluacja – dokumentacja),
- uświadomienie potrzeby współpracy w zespole terapeutycznym.

### **2. Treści programowe:**

- Zapoznanie studenta z celami, efektami kształcenia i sposobami ich weryfikacji, treściami programowymi, literaturą oraz sprawami organizacyjnymi. Zapoznanie z zasadami BHP.
- Obserwacja diagnostyki fizjoterapeutycznej.
- Obserwacja planowanych jednostkowych działań fizjoterapeutycznych
- Obserwacja i analiza dokumentacji medycznej, nabycie umiejętności dokumentowania postępowania fizjoterapeutycznego.
- Obserwacja i współuczestnictwo w zajęciach kinezyterapii ogólnej i miejscowej.
- Obserwacja i współuczestnictwo w usprawnianiu pacjentów z wykorzystaniem metod fizjoterapeutycznych.
- Poznanie zadań i celów pracy poszczególnych członków zespołu rehabilitacyjnego

Student realizując program praktyk powinien osiągnąć **przedmiotowe efekty kształcenia** zamieszczone w dalszej części dziennika.

### **3. Miejsce praktyk :**

Oddziały szpitalne oraz domy pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej i inne instytucje, organizacje i ośrodki wsparcia, które prowadzą działalność z zakresu rehabilitacji i aktywizacji osób niepełnosprawnych.

**4. Czas trwania :** I rok, II semestr – 90 godzin dydaktycznych.

#### **ZASADY POSTĘPOWANIA W MIEJSCU REALIZACJI PRAKTYKI**

1. Studentów obowiązuje czas pracy fizjoterapeutów w danej placówce.
2. Sposobem doskonalenia umiejętności praktycznych kieruje opiekun praktyk w danej placówce
3. Obowiązkiem studenta jest przedłożenie zakładowemu opiekunowi Dziennika Praktyk.
4. Obowiązkiem studenta jest codzienne prowadzenie dziennika praktyk oraz sporządzenie końcowego sprawozdania z realizacji praktyki zawodowej w wybranej placówce.
5. Na zakończenie praktyki student powinien uzyskać opinię i ocenę końcową praktyki od zakładowego opiekuna praktyki.
6. Merytorycznej oceny dziennika praktyk oraz zaliczenia przedmiotu dokonuje opiekun dydaktyczny działający z ramienia Wydziału Turystyki i Zdrowia.

#### **HOSPITACJA PRAKTYK**

1. W czasie trwania praktyki w dowolnie wybranym dniu, w godzinach pracy danej placówki może być przeprowadzona hospitacja praktyk,
2. W dniu hospitacji student powinien:
  - być obecny na praktyce (lub zakładowy opiekun praktyk powinien znać przyczynę nieobecności praktykanta);
  - przedstawić do wglądu dzienne sprawozdanie z praktyki.

## Przebieg praktyki

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

# SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

## Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

1. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
2. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
3. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
4. Analiza jednego studium przypadku.

## OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIE STUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI

Przedmiotowe efekty kształcenia	Punktacja
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę z zakresu budowy anatomicznej człowieka ze szczególnym uwzględnieniem układu mięśniowo- szkieletowego oraz działań fizjoterapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem metod badania pacjenta na potrzeby fizjoterapii.	
<b>P_W02.</b> Potrafi opisać zasady organizacji placówki medycznej, zadań i zakresu działania fizjoterapeuty w aspekcie rehabilitacji kompleksowej.	
<b>P_U01.</b> Potrafi zbierać i analizować informacje dotyczące pacjentów z różnymi chorobami i dysfunkcjami w zakresie przydatnym dla postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi prowadzić dokumentację w zakresie działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność rozpoznawania barier w aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych	
<b>P_U04.</b> Potrafi współdziałać w zespole terapeutycznym.	
<b>P_K01.</b> Rozumie potrzebę właściwego kształtowania postaw społecznych.	
<b>P_K02.</b> Wykazuje postawę empatyczną w stosunku do osób niepełnosprawnych.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 2 punkty** – niedostateczny,
- 3 punkty** – dostateczny,
- 4 punkty** – dobry,
- 5 punktów** – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....  
.....  
.....  
.....

Końcowa ocena praktyki: .....

.....

(podpis i pieczętka zakładowego opiekuna praktyki)

## **SAMOOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ PRAKTYCE**

1. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
2. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
3. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....  
.....  
.....

.....

(data i podpis studenta )

**OCENA WYSTAWIONA PRZEZ OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
DZIAŁAJĄCEGO Z RAMIENIA UCZELNI**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ostateczna ocena: .....** .....

(podpis opiekuna praktyk studenckich)



# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH\***

**PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII**

**150 godzin dydaktycznych (5 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: II Semestr: 4**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
**(imię i nazwisko)**

**Nazwa i adres placówki:**

---

\* Opracowanie: dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski, dr Marta Jarocka, mgr Beata Tyszkiewicz-Gromisz, dr Dorota Drabarek, mgr Maciej Olesiejuk, mgr Krzysztof Stipura



.....  
.....  
**Termin realizacji praktyki** .....

**Opiekun zakładowy praktyki** .....

## **PROGRAM PRAKTYKI W PRACOWNI KINEZYTERAPII**

### **1. Cel praktyki :**

- praktyczna weryfikacja wiedzy i zdobytych umiejętności w zakresie badania na potrzeby kinezyterapii ( pomiary liniowe długości, obwodów, zakresu ruchu w stawach, oceny siły mięśniowej),
- wykonywania ćwiczeń w obrębie kinezyterapii miejscowej.

### **2. Treści programowe :**

1. Zapoznanie studenta z celami, efektami kształcenia i sposobami ich weryfikacji, treściami programowymi, literaturą oraz organizacją pracy ośrodka rehabilitacji oraz zasadami BHP.
2. Analiza dokumentacji medycznej.
3. Uczestnictwo w przeprowadzeniu badania pacjenta na potrzeby kinezyterapii: zebranie wywiadu personalnego, chorobowego i socjalnego, wykonanie pomiarów liniowych: długości i obwodów, zakresu ruchu w stawach, oceny siły mięśni oraz zastosowanie testów funkcjonalnych.
4. Zakładanie etapowych i ostatecznych celów rehabilitacji, we współpracy z członkami zespołu rehabilitacyjnego.
5. Współdziałanie w planowaniu i programowaniu usprawniania ruchowego oraz dokumentacja wykonywanych zabiegów.
6. Współdziałanie w poprawnym wykonaniu ćwiczeń kinezyterapeutycznych oraz ich dokumentacja.
7. Asystowanie, uczestnictwo w doborze właściwego sprzętu do wykonania ćwiczeń kinezyterapeutycznych oraz w zastosowaniu zaopatrzenia technicznego i ortopedycznego.
8. Zapoznanie się z wybranymi metodami fizjoterapii (metody reedukacji nerwowo-mięśniowej i inne).
9. Poznanie organizacji pracy, zadań i współpraca z członkami zespołu rehabilitacyjnego.

Student realizując program praktyk powinien osiągnąć **przedmiotowe efekty kształcenia** zamieszczone w dalszej części dziennika.

### **3. Miejsce praktyk :**

Oddziały szpitalne oraz domy pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej i inne instytucje, organizacje i ośrodki wsparcia, które prowadzą działalność z zakresu rehabilitacji i aktywizacji osób niepełnosprawnych.

**4. Czas trwania :** II rok, semestr IV - 150 godzin dydaktycznych.

### **ZASADY POSTĘPOWANIA W MIEJSCU REALIZACJI PRAKTYKI**

1. Studentów obowiązuje czas pracy fizjoterapeutów w danej placówce.
2. Sposobem doskonalenia umiejętności praktycznych kieruje opiekun praktyk w danej placówce 3. Obowiązkiem studenta jest przedłożenie zakładowemu opiekunowi Dziennika Praktyk.
4. Obowiązkiem studenta jest codzienne prowadzenie dziennika praktyk oraz sporządzenie końcowego sprawozdania z realizacji praktyki zawodowej w wybranej placówce.
5. Na zakończenie praktyki student powinien uzyskać opinię i ocenę końcową praktyki od zakładowego opiekuna praktyki.
6. Merytorycznej oceny dziennika praktyk oraz zaliczenia przedmiotu dokonuje opiekun dydaktyczny działający z ramienia Wydziału Turystyki i Zdrowia.

### **HOSPITACJA PRAKTYK**

1. W czasie trwania praktyki w dowolnie wybranym dniu, w godzinach pracy danej placówki może być przeprowadzona hospitacja praktyk,
2. W dniu hospitacji student powinien:
  - być obecny na praktyce (lub zakładowy opiekun praktyk powinien znać przyczynę nieobecności praktykanta);
  - przedstawić do wglądu dzienne sprawozdanie z praktyki.

### Przebieg praktyki

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

# SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

## Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

1. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
2. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
3. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
4. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIE STUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę na temat badania pacjenta na potrzeby kinezyterapii oraz postępowania kinezyterapeutycznego.	
<b>P_U01.</b> Potrafi przeprowadzić badanie podmiotowe pacjenta (wywiad) w zakresie niezbędnym dla kinezyterapii.	
<b>P_U02.</b> Potrafi przeprowadzić badanie przedmiotowe pacjenta na potrzeby kinezyterapii.	
<b>P_U03.</b> Potrafi prowadzić dokumentację, w tym plan oceny pacjenta, w poszczególnych etapach postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U04.</b> Potrafi ustalić priorytety oraz cele krótkoterminowe i długoterminowe w zakresie istotności i kolejności podejmowanych procedur kinezyterapeutycznych w zależności od przyjętego planu postępowania.	
<b>P_U05.</b> Potrafi prawidłowo wykonać ćwiczenia z zakresu kinezyterapii miejscowej zgodnie z metodyką.	
<b>P_K01.</b> Prezentują postawę właściwą w zespole terapeutycznym.	
<b>P_K02.</b> Potrafi odpowiednio określić priorytety służące realizacji określonego przez siebie lub innych zadania w realizacji zadań zawodowych.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 2 punkty** – niedostateczny,
- 3 punkty** – dostateczny,
- 4 punkty** – dobry,
- 5 punktów** – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....  
.....  
.....  
.....

Końcowa ocena praktyki: .....

.....

(podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyki)

## **SAMOOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ PRAKTYCE**

1. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
2. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
3. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....  
.....  
.....

.....

(data i podpis studenta )

**OCENA WYSTAWIONA PRZEZ OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
DZIAŁAJĄCEGO Z RAMIENIA UCZELNI**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ostateczna ocena: .....** .....

(podpis opiekuna praktyk studenckich)



# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH\***

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ  
DZIECI I OSÓB DOROSŁYCH W ORTOPEDII I REUMATOLOGII**

**90 godzin dydaktycznych (3 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: III Semestr: 5**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
**(imię i nazwisko)**

---

\* Opracowanie: dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski, dr Marta Jarocka, mgr Beata Tyszkiewicz-Gromisz, dr Dorota Drabarek, mgr Krzysztof Stipura

**Nazwa i adres placówki:**

.....  
.....

**Termin realizacji praktyki** .....

**Opiekun zakładowy praktyki** .....

## **PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ W PRACOWNI FIZYKOTERAPII**

### **1. Cele praktyki:**

jest wdrożenie studenta w realizację zadań, obowiązków, kompetencji i uprawnień fizjoterapeuty w zespole terapeutycznym placówki klinicznej w zakresie objętym tematem praktyki.

### **2. Treści programowe :**

1. Zapoznanie studenta z celami, efektami kształcenia i sposobami ich weryfikacji, treściami programowymi, literaturą oraz organizacją pracy ośrodka rehabilitacji.
2. W porozumieniu i pod nadzorem personelu medycznego w oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych:
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta w zakresie ortopedii/reumatologii z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta oraz monitorowanie efektów fizjoterapii,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności tworzenia programu usprawniania i realizacji postępowania usprawniającego w zakresie miejscowym oraz ogólnym, indywidualnie i zespołowo, w zależności od stanu pacjenta i specyfiki jednostki chorobowej (ortopedia/ reumatologia), na oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania technik fizjoterapeutycznych, z uwzględnieniem elementów metod fizjoterapeutycznych w zakresie ortopedii/ reumatologii,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania zabiegów fizykoterapeutycznych, z uwzględnieniem elementów metod fizjoterapeutycznych w zakresie ortopedii/ reumatologii,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności doboru odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego, stosownie do dysfunkcji, stanu pacjenta, jego potrzeb i możliwości w zakresie ortopedii/ reumatologii ,
  - Obserwacja i czynne uczestnictwo w sporządzaniu dokumentacji badania pacjenta na potrzeby fizjoterapii oraz prowadzonego usprawniania ruchowego w zakresie ortopedii/ reumatologii.



Student realizując program praktyk powinien osiągnąć **przedmiotowe efekty kształcenia** zamieszczone w dalszej części dziennika.

### **3.Miejsce odbywania praktyki:**

oddziały szpitalne (ortopedyczne/ reumatologiczne, rehabilitacyjne), szpitale rehabilitacyjne, zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze, sanatoria o profilu reumatologicznym oraz domy pomocy społecznej i przychodnie rehabilitacyjne.

**4.Czas trwania:** III rok, V semestr – 90 godz. dydaktycznych (ortopedia – 60 godz., reumatologia – 30 godz.).

### **ZASADY POSTĘPOWANIA W MIEJSCU REALIZACJI PRAKTYKI**

1. Studentów obowiązuje czas pracy fizjoterapeutów w danej placówce.
2. Sposobem doskonalenia umiejętności praktycznych kieruje opiekun praktyk w danej placówce.
3. Obowiązkiem studenta jest przedłożenie zakładowemu opiekunowi Dziennika Praktyk.
4. Obowiązkiem studenta jest codzienne prowadzenie dziennika praktyk oraz sporządzenie końcowego sprawozdania z realizacji praktyki zawodowej w wybranej placówce.
5. Na zakończenie praktyki student powinien uzyskać opinię i ocenę końcową praktyki od zakładowego opiekuna praktyki.
6. Merytorycznej oceny dziennika praktyk oraz zaliczenia przedmiotu dokonuje opiekun dydaktyczny działający z ramienia Wydziału Turystyki i Zdrowia.

### **HOSPITACJA PRAKTYK**

1. W czasie trwania praktyki w dowolnie wybranym dniu, w godzinach pracy danej placówki może być przeprowadzona hospitacja praktyk,
2. W dniu hospitacji student powinien:
  - być obecny na praktyce (lub zakładowy opiekun praktyk powinien znać przyczynę nieobecności praktykanta);
  - przedstawić do wglądu dzienne sprawozdanie z praktyki.

**Przebieg praktyki (*ortopedia – 60 godz.*)**

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

# SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

## Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

1. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
2. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
3. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
4. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIE STUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (ortopedia)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania chorób i dysfunkcji narządu ruchu w ortopedii oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta z chorobą ortopedyczną, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu w zakresie ortopedii.	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (ortopedia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów z chorobą ortopedyczną.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów z chorobą ortopedyczną.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych i potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 2 punkty** – niedostateczny,
- 3 punkty** – dostateczny,
- 4 punkty** – dobry,
- 5 punktów** – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....  
.....  
.....  
.....

Końcowa ocena praktyki (**ortopedia**): .....

.....  
(podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyki)

**SAMOOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ  
PRAKTYCE (ortopedia)**

1. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
2. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
3. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis studenta )

**Przebieg praktyki (reumatologia – 30 godz.)**

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

# SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

## Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

5. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
6. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
7. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
8. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIE STUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (<u>reumatologia</u>)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania chorób i dysfunkcji narządu ruchu w reumatologii oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta z chorobą reumatologiczną, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu w zakresie reumatologii	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (reumatologia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów z chorobą reumatologiczną.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów z chorobą reumatologiczną.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych i potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 6 punkty** – niedostateczny,
- 7 punkty** – dostateczny,
- 8 punkty** – dobry,
- 9 punktów** – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....  
.....  
.....  
.....

Końcowa ocena praktyki (**reumatologia**): .....

.....  
(podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyki)

**SAMOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ  
PRAKTYCE (reumatologia)**

4. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
5. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
6. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis studenta )

**OCENA WYSTAWIONA PRZEZ OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
DZIAŁAJĄCEGO Z RAMIENIA UCZELNI**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ostateczna ocena: .....**

.....

(podpis opiekuna praktyk studenckich)





# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH\***

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ  
DZIECI I OSÓB DOROSŁYCH (W KARDIOLOGII I PULMONOLOGII).**

**90 godzin dydaktycznych (3 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: III      Semestr: 6**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
**(imię i nazwisko)**

---

\* Opracowanie: dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski, dr Marta Jaroeka, mgr Beata Tyszkiewicz-Gromisz, dr Dorota Drabarek, mgr Krzysztof Stipura

**Nazwa i adres placówki:**

.....

.....

**Termin realizacji praktyki** .....

**Opiekun zakładowy praktyki** .....

## **PROGRAM PRAKTYKI KLINICZNEJ**

### **1. Cel praktyki :**

jest wdrożenie studenta w realizację zadań, obowiązków, kompetencji i uprawnień fizjoterapeuty w zespole terapeutycznym placówki klinicznej w zakresie objętym tematem praktyki.

### **2. Treści programowe :**

1. Zapoznanie studenta z celami, efektami kształcenia i sposobami ich weryfikacji, treściami programowymi, literaturą oraz organizacją pracy ośrodka rehabilitacji.
2. W porozumieniu i pod nadzorem personelu medycznego w oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych:
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta w zakresie kardiologii/pulmonologii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta oraz monitorowanie efektów fizjoterapii,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności tworzenia programu usprawniania i realizacji postępowania usprawniającego w zakresie miejscowym oraz ogólnym, indywidualnie i zespołowo, w zależności od stanu pacjenta i specyfiki jednostki chorobowej (kardiologia/pulmonologia), na oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania technik fizjoterapeutycznych, z uwzględnieniem elementów metod fizjoterapeutycznych w zakresie kardiologii/pulmonologii,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania zabiegów fizykoterapeutycznych (fototerapii, laseroterapii, termoterapii, elektroterapii, magnetoterapii, sonoterapii) z uwzględnieniem wskazań, przeciwwskazań i doboru właściwych dawek terapeutycznych w zakresie kardiologii/ pulmonologii,
  - Obserwacja i doskonalenie umiejętności doboru odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego, stosownie do dysfunkcji, stanu pacjenta, jego potrzeb i możliwości w zakresie kardiologii/pulmonologii,
  - Obserwacja i czynne uczestnictwo w sporządzaniu dokumentacji badania pacjenta na potrzeby fizjoterapii oraz prowadzonego usprawniania ruchowego w zakresie kardiologii/pulmonologii.

Student realizując program praktyk powinien osiągnąć **przedmiotowe efekty kształcenia** zamieszczone w dalszej części dziennika.

3. **Miejsce praktyk :** oddziały szpitalne (kardiologiczne/ pulmonologiczne, rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacji pulmonologicznej, geriatryczne), sanatoria o profilu kardiologicznym / pulmonologicznym.
4. **Czas trwania :** III rok, VI semestr – 90 godz. dydaktycznych (kardiologia- 60 godz., pulmonologia -30 godz.).

## **ZASADY POSTĘPOWANIA W MIEJSCU REALIZACJI PRAKTYKI**

1. Studentów obowiązuje czas pracy fizjoterapeutów w danej placówce.
2. Sposobem doskonalenia umiejętności praktycznych kieruje opiekun praktyk w danej placówce
3. Obowiązkiem studenta jest przedłożenie zakładowemu opiekunowi Dziennika Praktyk.
4. Obowiązkiem studenta jest codzienne prowadzenie dziennika praktyk oraz sporządzenie końcowego sprawozdania z realizacji praktyki zawodowej w wybranej placówce.
5. Na zakończenie praktyki student powinien uzyskać opinię i ocenę końcową praktyki od zakładowego opiekuna praktyki.
6. Merytorycznej oceny dziennika praktyk oraz zaliczenia przedmiotu dokonuje opiekun dydaktyczny działający z ramienia Wydziału Turystyki i Zdrowia.

## **HOSPITACJA PRAKTYK**

1. W czasie trwania praktyki w dowolnie wybranym dniu, w godzinach pracy danej placówki może być przeprowadzona hospitacja praktyk,
2. W dniu hospitacji student powinien:
  - być obecny na praktyce (lub zakładowy opiekun praktyk powinien znać przyczynę nieobecności praktykanta);
  - przedstawić do wglądu dzienne sprawozdanie z praktyki.

**Przebieg praktyki (*kardiologia – 60 godz.*)**

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

## SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

### Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

1. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
2. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
3. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
4. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIE STUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (<u>kardiologia</u>)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania chorób w kardiologii oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta z chorobą kardiologiczną, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z różnymi chorobami w zakresie kardiologii.	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (kardiologia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów z chorobą kardiologiczną.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów z chorobą kardiologiczną.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych, potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 2 punkty** – niedostateczny,
- 3 punkty** – dostateczny,
- 4 punkty** – dobry,
- 5 punktów** – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....  
.....  
.....  
.....

Końcowa ocena praktyki (**kardiologia**): .....

.....  
(podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyki)

**SAMOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ  
PRAKTYCE (**kardiologia**)**

1. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
2. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
3. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis studenta )

**Przebieg praktyki (*pulmonologia – 30 godz.*)**

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

## SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

### Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

5. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
6. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
7. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
8. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIE STUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (<u>pulmonologia</u>)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania chorób w pulmonologii oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta z chorobą pulmonologiczną, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z różnymi chorobami w zakresie pulmonologii.	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (pulmonologia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów z chorobą pulmonologiczną.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów z chorobą pulmonologiczną.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych, potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 6 punkty** – niedostateczny,
- 7 punkty** – dostateczny,
- 8 punkty** – dobry,
- 9 punktów** – bardzo dobry.



Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....  
.....  
.....  
.....

Końcowa ocena praktyki(pulmonologia): .....

.....  
(podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyki)

**SAMOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ  
PRAKTYCE (pulmonologia)**

4. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
5. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
6. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis studenta )

**OCENA WYSTAWIONA PRZEZ OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
DZIAŁAJĄCEGO Z RAMIENIA UCZELNI**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ostateczna ocena:** ..... ..

(podpis opiekuna praktyk studenckich)



# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH\***

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ  
DZIECI I OSÓB DOROSŁYCH (W NEUROLOGII I CHOROBAH WEWNĘTRZNYCH)**

**90 godzin dydaktycznych (3 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: IV**

**Semestr: 7**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
**(imię i nazwisko)**

**Nazwa i adres placówki:**

---

\* Opracowanie: dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski, dr Marta Jaroeka, mgr Beata Tyszkiewicz-Gromisz, dr Dorota Drabarek, mgr Krzysztof Stipura

.....  
.....  
**Termin realizacji praktyki** .....

**Opiekun zakładowy praktyki** .....

## **PROGRAM PRAKTYKI KLINICZNEJ**

### **1. Cel praktyki :**

jest wdrożenie studenta w realizację zadań, obowiązków, kompetencji i uprawnień fizjoterapeuty w zespole terapeutycznym placówki klinicznej w zakresie objętym tematem praktyki.

### **2. Treści programowe :**

1. Zapoznanie studenta z celami, efektami kształcenia i sposobami ich weryfikacji, treściami programowymi, literaturą oraz organizacją pracy ośrodka rehabilitacji.

2. W porozumieniu i pod nadzorem personelu medycznego w oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych:

- Obserwacja i doskonalenie umiejętności przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta w zakresie neurologii/ chorób wewnętrznych, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta oraz monitorowanie efektów fizjoterapii,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności tworzenia programu usprawniania i realizacji postępowania usprawniającego w zakresie miejscowym oraz ogólnym, indywidualnie i zespołowo, w zależności od stanu pacjenta i specyfiki jednostki chorobowej (neurologia/choroby wewnętrzne), na oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania technik fizjoterapeutycznych, z uwzględnieniem elementów metod fizjoterapeutycznych w zakresie neurologii/chorób wewnętrznych,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania zabiegów fizykoterapeutycznych (fototerapii, laseroterapii, termoterapii, elektroterapii, magnetoterapii, sonoterapii) z uwzględnieniem wskazań, przeciwwskazań i doboru właściwych dawek terapeutycznych w zakresie neurologii/ chorób wewnętrznych,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności doboru odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego, stosownie do dysfunkcji, stanu pacjenta, jego potrzeb i możliwości w zakresie neurologii/ chorób wewnętrznych,
- Obserwacja i czynne uczestnictwo w sporządzaniu dokumentacji badania pacjenta na potrzeby fizjoterapii oraz prowadzonego usprawniania ruchowego w zakresie neurologii/chorób wewnętrznych.

Student realizując program praktyk powinien osiągnąć **przedmiotowe efekty kształcenia** zamieszczone w dalszej części dziennika.

**3. Miejsce praktyk :** oddziały szpitalne (neurologiczne/ chorób wewnętrznych, geriatryczne, rehabilitacyjne, rehabilitacji neurologicznej), szpitale rehabilitacyjne, zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze, sanatoria o profilu neurologicznym oraz domy pomocy społecznej i przychodnie rehabilitacyjne.

**4. Czas trwania :** IV rok, VII semestr – 90 godz. dydaktycznych (neurologia – 60 godz., choroby wew. - 30 godz.).

## **ZASADY POSTĘPOWANIA W MIEJSCU REALIZACJI PRAKTYKI**

1. Studentów obowiązuje czas pracy fizjoterapeutów w danej placówce.
2. Sposobem doskonalenia umiejętności praktycznych kieruje opiekun praktyk w danej placówce
3. Obowiązkiem studenta jest przedłożenie zakładowemu opiekunowi Dziennika Praktyk.
4. Obowiązkiem studenta jest codzienne prowadzenie dziennika praktyk oraz sporządzenie końcowego sprawozdania z realizacji praktyki zawodowej w wybranej placówce.
5. Na zakończenie praktyki student powinien uzyskać opinię i ocenę końcową praktyki od zakładowego opiekuna praktyki.
6. Merytorycznej oceny dziennika praktyk oraz zaliczenia przedmiotu dokonuje opiekun dydaktyczny działający z ramienia Wydziału Turystyki i Zdrowia.

## **HOSPITACJA PRAKTYK**

1. W czasie trwania praktyki w dowolnie wybranym dniu, w godzinach pracy danej placówki może być przeprowadzona hospitacja praktyk,
2. W dniu hospitacji student powinien:
  - być obecny na praktyce (lub zakładowy opiekun praktyk powinien znać przyczynę nieobecności praktykanta);
  - przedstawić do wglądu dzienne sprawozdanie z praktyki.

**Przebieg praktyki (*neurologia – 60 godz.*)**

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

## SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

### Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

1. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
2. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
3. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
4. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIE STUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (<u>neurologia</u>)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania chorób i dysfunkcji narządu ruchu w neurologii oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta z chorobą neurologiczną, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z jednostkami chorobowymi w zakresie neurologii.	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (neurologia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U04.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizykoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (neurologia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów z chorobą neurologiczną.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów z chorobą neurologiczną.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych, potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 2 punkty – niedostateczny,
- 3 punkty – dostateczny,
- 4 punkty – dobry,
- 5 punktów – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....

.....

.....

.....

Końcowa ocena praktyki (**neurologia**): .....

.....  
(podpis i pieczętka zakładowego opiekuna praktyki)

### **SAMOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ PRAKTYCE (**neurologia**)**

1. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
2. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
3. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis studenta)



**Przebieg praktyki (choroby wewnętrzne – 30 godz.)**

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

# SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

## Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

5. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
6. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
7. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
8. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIESTUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (<u>choroby wew.</u>)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania chorób i dysfunkcji narządu ruchu w chorobach wewnętrznych oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta z chorobą wewnętrzną, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z jednostkami chorobowymi w zakresie chorób wewnętrznych.	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (choroby wewnętrzne), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U04.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizykoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (choroby wewnętrzne), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów z chorobą wewnętrzną.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów z chorobą wewnętrzną.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych, potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 6 punkty – niedostateczny,**
- 7 punkty – dostateczny,**
- 8 punkty – dobry,**
- 9 punktów – bardzo dobry.**

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....

.....

.....

.....

Końcowa ocena praktyki (choroby wewn.): .....

.....  
(podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyki)

### **SAMOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ PRAKTYCE (choroby wewn.)**

- 4. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
- 5. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
- 6. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis studenta)

**OCENA WYSTAWIONA PRZEZ OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
DZIAŁAJĄCEGO Z RAMIENIA UCZELNI**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ostateczna ocena:** ..... ..

(podpis opiekuna praktyk studenckich)



# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH\***

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ  
DZIECI I OSÓB DOROSŁYCH (W PEDIATRII I ONKOLOGII)**

**90 godzin dydaktycznych (3 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: IV**

**Semestr: 8**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
**(imię i nazwisko)**

**Nazwa i adres placówki:**

---

\* Opracowanie: dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski, dr Marta Jarocka, mgr Beata Tyszkiewicz-Gromisz, dr Dorota Drabarek, mgr Krzysztof Stipura

.....  
.....  
**Termin realizacji praktyki** .....

**Opiekun zakładowy praktyki** .....

### **PROGRAM PRAKTYKI KLINICZNEJ**

#### **3. Cel praktyki :**

jest wdrożenie studenta w realizację zadań, obowiązków, kompetencji i uprawnień fizjoterapeuty w zespole terapeutycznym placówki klinicznej w zakresie objętym tematem praktyki.

#### **4. Treści programowe :**

1. Zapoznanie studenta z celami, efektami kształcenia i sposobami ich weryfikacji, treściami programowymi, literaturą oraz organizacją pracy ośrodka rehabilitacji.

2. W porozumieniu i pod nadzorem personelu medycznego w oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych:

- Obserwacja i doskonalenie umiejętności przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta w zakresie pediatrii/onkologii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta oraz monitorowanie efektów fizjoterapii,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności tworzenia programu usprawniania i realizacji postępowania usprawniającego w zakresie miejscowym oraz ogólnym, indywidualnie i zespołowo, w zależności od stanu pacjenta i specyfiki jednostki chorobowej (pediatria/onkologia), na oddziałach szpitalnych i ambulatoriach rehabilitacyjnych,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania technik fizjoterapeutycznych, z uwzględnieniem elementów metod fizjoterapeutycznych w zakresie pediatrii/onkologii,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności odpowiedniego doboru i poprawnego wykonania zabiegów fizykoterapeutycznych (fototerapii, laseroterapii, termoterapii, elektroterapii, magnetoterapii, sonoterapii) z uwzględnieniem wskazań, przeciwwskazań i doboru właściwych dawek terapeutycznych w zakresie pediatrii/onkologii,
- Obserwacja i doskonalenie umiejętności doboru odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego, stosownie do dysfunkcji, stanu pacjenta, jego potrzeb i możliwości w zakresie pediatrii/onkologii,
- Obserwacja i czynne uczestnictwo w sporządzaniu dokumentacji badania pacjenta na potrzeby fizjoterapii oraz prowadzonego usprawniania ruchowego w zakresie pediatrii/onkologii.

Student realizując program praktyk powinien osiągnąć **przedmiotowe efekty kształcenia** zamieszczone w dalszej części dziennika.

**5. Miejsce praktyk :** oddziały szpitalne (pediatryczne, onkologiczne, rehabilitacyjne, neurologii dziecięcej, rehabilitacji dziecięcej), centra rehabilitacji onkologicznej, sanatoria rehabilitacji dziecięcej, przychodnie rehabilitacyjne

**6. Czas trwania :** IV rok, VIII semestr – 90 godz. dydaktycznych (pediatria – 60 godz., onkologia - 30 godz.).

## **ZASADY POSTĘPOWANIA W MIEJSCU REALIZACJI PRAKTYKI**

7. Studentów obowiązuje czas pracy fizjoterapeutów w danej placówce.
8. Sposobem doskonalenia umiejętności praktycznych kieruje opiekun praktyk w danej placówce
9. Obowiązkiem studenta jest przedłożenie zakładowemu opiekunowi Dziennika Praktyk.
10. Obowiązkiem studenta jest codzienne prowadzenie dziennika praktyk oraz sporządzenie końcowego sprawozdania z realizacji praktyki zawodowej w wybranej placówce.
11. Na zakończenie praktyki student powinien uzyskać opinię i ocenę końcową praktyki od zakładowego opiekuna praktyki.
12. Merytorycznej oceny dziennika praktyk oraz zaliczenia przedmiotu dokonuje opiekun dydaktyczny działający z ramienia Wydziału Turystyki i Zdrowia.

## **HOSPITACJA PRAKTYK**

3. W czasie trwania praktyki w dowolnie wybranym dniu, w godzinach pracy danej placówki może być przeprowadzona hospitacja praktyk,
4. W dniu hospitacji student powinien:
  - być obecny na praktyce (lub zakładowy opiekun praktyk powinien znać przyczynę nieobecności praktykanta);
  - przedstawić do wglądu dzienne sprawozdanie z praktyki.

**Przebieg praktyki (pediatria – 60 godz.)**

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi



# SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

## Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

9. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
10. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
11. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
12. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIESTUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (<u>pediatria</u>)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania w jednostkach chorobowych pediatrii oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta pediatrycznego, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z różnymi jednostkami chorobowymi w zakresie pediatrii.	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (pediatria), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U04.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizykoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (pediatria), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów pediatrycznych.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów pediatrycznych.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych, potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 10 punkty – niedostateczny,
- 11 punkty – dostateczny,
- 12 punkty – dobry,
- 13 punktów – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....

.....

.....

.....

Końcowa ocena praktyki (pediatria): .....

.....  
(podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyki)

### **SAMOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ PRAKTYCE (pediatria)**

- 7. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
- 8. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
- 9. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis studenta)

**Przebieg praktyki *(onkologia – 30 godz.)***

Lp.	Data, liczba godz. pracy	Inicjały pacjenta, wiek, płeć	Rozpoznanie	Zastosowane postępowanie fizjoterapeutyczne	Uwagi

## SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

### Elementy, które należy uwzględnić w sprawozdaniu:

13. Zasady funkcjonowania danej placówki ( typ, zasady finansowania z NFZ, struktura organizacyjna).
14. Szczegółowy opis funkcjonowania komórki w której student bezpośrednio odbywał praktykę zawodową (np. oddział rehabilitacji).
15. Rola fizjoterapeuty w danej placówce.
16. Analiza jednego studium przypadku.

<b>OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI DOTYCZĄCA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA JAKIESTUDENT OSIĄGNĄŁ W CZASIE TRWANIA PRAKTYKI (<u>onkologia</u>)</b>	
<b>Przedmiotowe efekty kształcenia</b>	<b>Punktacja</b>
<b>P_W01.</b> Realizując program praktyk weryfikuje w sposób praktyczny wiedzę teoretyczną w zakresie przyczyn, przebiegu i rokowania w jednostkach chorobowych onkologii oraz procesu diagnostycznego w obszarze właściwym dla fizjoterapii.	
<b>P_U01.</b> Potrafi wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, wykorzystując wiedzę z zakresu diagnostyki funkcjonalnej oraz podstaw fizjoterapii, celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta onkologicznego, monitorowania efektów fizjoterapii oraz ustalenia, realizacji i/lub modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.	
<b>P_U02.</b> Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować program usprawniania osób z różnymi jednostkami chorobowymi w zakresie onkologii.	
<b>P_U03.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizjoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (onkologia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U04.</b> Posiada umiejętność poprawnego wykonania procedur fizykoterapeutycznych stosownie do określonego stanu klinicznego chorego (onkologia), właściwie współpracując w ramach zespołu terapeutycznego.	
<b>P_U05.</b> Potrafi dobrać, przygotować i zastosować, we współpracy z innymi specjalistami, zaopatrzenie ortopedyczne u pacjentów onkologicznych.	
<b>P_U06.</b> Potrafi prowadzić dokumentację dotyczącą działań diagnostycznych i fizjoterapeutycznych u pacjentów onkologicznych.	
<b>P_K01.</b> Respektuje kompetencje współpracowników i innych specjalistów medycznych, potrafi się do nich zwrócić po pomoc lub współpracować ze świadomością własnych ograniczeń.	
<b>P_K02.</b> Rozumie, prezentuje i promuje postawę ustawicznego doskonalenia zawodowego.	

Liczba punktów odpowiada następującej ocenie:

- 14 punkty – niedostateczny,
- 15 punkty – dostateczny,
- 16 punkty – dobry,
- 17 punktów – bardzo dobry.

Uwagi (np. kontakt z personelem, kontakt pacjentami, dokładność, punktualność itp.):

.....

.....

.....

.....

Końcowa ocena praktyki (onkologia): .....

.....  
(podpis i pieczętka zakładowego opiekuna praktyki)

### **SAMOCENA STUDENTA DOKONANA PO ZAKOŃCZONEJ PRAKTYCE (onkologia)**

- 10. Umiejętności nabyte podczas odbywania praktyki: brak  pojedyncze  wiele
- 11. Stopień trudności stawianych zadań: łatwe  przystępne  trudne
- 12. Inne spostrzeżenia i uwagi (np. kontakt z personelem, przydatność w przyszłej pracy zawodowej itp.)

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis studenta)

**OCENA WYSTAWIONA PRZEZ OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
DZIAŁAJĄCEGO Z RAMIENIA UCZELNI**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ostateczna ocena:** ..... ..

(podpis opiekuna praktyk studenckich)



# **DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Praktyka fizjoterapeutyczna –  
fizjoterapia w chorobach wewnętrznych**

**200 godzin dydaktycznych (8 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: V Semestr: IX**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA**  
**JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....

(własnoręczny podpis praktykanta)



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

.....  
(pieczęć jednostki  
organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>1</sup> .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

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

---

<sup>1</sup> 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	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności</b>

.....  
(pieczętka 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 ciepłe 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	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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	

.....  
 (pieczęćka i podpis opiekuna)





**Część V**  
**Opinia opiekuna praktyki zawodowej**  
**Realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Imię i nazwisko studenta .....

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni .....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki .....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

.....

**1. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

**2. Ocena umiejętności praktycznych**

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu).

.....  
Data i podpis opiekuna praktyki

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>2</sup> .....

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)

---

<sup>2</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.





# **DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Praktyka fizjoterapeutyczna –  
fizjoterapia w chorobach wewnętrznych**

**760 godzin dydaktycznych (30 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: V Semestr: X**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA**  
**JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
(własnoręczny podpis praktykanta)

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

.....  
(pieczęć jednostki  
organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>3</sup> .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

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

---

<sup>3</sup> 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	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności</b>

.....  
(pieczętka 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 ciepłe 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	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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	

.....  
 (pieczętka i podpis opiekuna)







**Część V**  
**Opinia opiekuna praktyki zawodowej**  
**Realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Imię i nazwisko studenta .....

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni .....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki .....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

.....

**3. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

**4. Ocena umiejętności praktycznych**

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu).

.....  
Data i podpis opiekuna praktyki

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>4</sup> .....

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)

---

<sup>4</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.



# **DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Praktyka fizjoterapeutyczna - fizjoterapia kliniczna  
w dysfunkcjach układu ruchu**

**200 godzin dydaktycznych (8 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: V Semestr: IX**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA**

**JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....

(własnoręczny podpis praktykanta)

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

.....  
(pieczęć jednostki  
organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>5</sup> .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

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

---

<sup>5</sup> 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	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności</b>

.....  
(pieczętka 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 ciepłe 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	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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	

.....  
 (pieczętka i podpis opiekuna)







**Część V**  
**Opinia opiekuna praktyki zawodowej**  
**Realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Imię i nazwisko studenta .....

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni .....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki .....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

.....

**5. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

**6. Ocena umiejętności praktycznych**

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu).

.....  
Data i podpis opiekuna praktyki

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>6</sup> .....

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)

---

<sup>6</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.



# **DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Praktyka fizjoterapeutyczna – fizjoterapia kliniczna  
w dysfunkcjach układu ruchu**

**760 godzin dydaktycznych (30 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: V Semestr: X**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA**

**JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....

(własnoręczny podpis praktykanta)

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

.....  
(pieczęć jednostki  
organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>7</sup> .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

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

---

<sup>7</sup> 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	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności</b>

.....  
(pieczętka 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 ciepłe 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	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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	

.....  
 (pieczętka i podpis opiekuna)



## Część IV

### Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis opiekuna)

**Część V**  
**Opinia opiekuna praktyki zawodowej**  
**Realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Imię i nazwisko studenta .....

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni .....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki .....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

.....

**1. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

**2. Ocena umiejętności praktycznych**

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu).

.....  
Data i podpis opiekuna praktyki

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>8</sup> .....

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)

---

<sup>8</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.



# **DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Praktyka fizjoterapeutyczna –  
fizjoterapia w wieku rozwojowym**

**200 godzin dydaktycznych (8 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: V Semestr: IX**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA**  
**JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....

(własnoręczny podpis praktykanta)



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

.....  
(pieczęć jednostki  
organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>9</sup> .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

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

---

<sup>9</sup> 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	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności</b>

.....  
(pieczętka 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 ciepłe 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	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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**  
**Opinia opiekuna praktyki zawodowej**  
**Realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Imię i nazwisko studenta .....

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni .....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki .....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

.....

**3. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

**4. Ocena umiejętności praktycznych**

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu).

.....  
Data i podpis opiekuna praktyki

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>10</sup> .....

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)

---

<sup>10</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.





# **DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Praktyka fizjoterapeutyczna –  
fizjoterapia w wieku rozwojowym**

**760 godzin dydaktycznych (30 pkt. ECTS)**

**Rok studiów: V Semestr: X**

**KIERUNEK**

**FIZJOTERAPIA**  
**JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

.....  
(własnoręczny podpis praktykanta)

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

.....  
(pieczęć jednostki  
organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>11</sup> .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

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

---

<sup>11</sup> 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	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności</b>

.....  
(pieczętka 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 ciepłe 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	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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	

.....  
 (pieczętka i podpis opiekuna)







**Część V**  
**Opinia opiekuna praktyki zawodowej**  
**Realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Imię i nazwisko studenta .....

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni .....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki .....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego .....

.....

.....

**5. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

**6. Ocena umiejętności praktycznych**

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu).

.....  
Data i podpis opiekuna praktyki

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>12</sup> .....

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)

---

<sup>12</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.