

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

**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO I SPORTU
IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W GDAŃSKU
Wydział Kultury Fizycznej**



Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu studenta:

Forma studiów: 5-letnie Jednolite Studia Magisterskie

Rok i semestr studiów:

Rok akademicki: 20.... / 20....

Nazwa praktyki (wg harmonogramu):

.....
(własnoręczny podpis studenta)

dr Ewelina Perzanowska

.....
Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni - AWF i S

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku
Wydział Kultury Fizycznej
ul. Kazimierza Górskiego 1, 80-336 Gdańsk
NIP: 584-09-62-525

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

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko studenta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL¹

.....
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....
(imię i nazwisko opiekuna z ramienia podmiotu)

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

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

Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez studenta
(strona do wielokrotnego wydruku)

Data	Wyszczególnienie zajęć - wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

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

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	

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

Część III

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna
z ramienia Uczelni, oraz jego własnoręczny podpis)

**jeżeli nie dotyczy to przekreślić stronę i wpisać 'nie dotyczy'*

Część IV

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej*

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

*(pieczętka, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna
z ramienia Uczelni, oraz jego własnoręczny podpis)*

**jeżeli nie dotyczy to przekreślić stronę i wpisać 'nie dotyczy'*

Część V

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku
Wydział Kultury Fizycznej
ul. Kazimierza Górskiego 1, 80-336 Gdańsk
NIP: 584-09-62-525

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

.....
(pieczęć zawierająca nazwę, adres
oraz NIP podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko studenta)

posiadający/posiadająca numer PESEL²

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od do

w ilości godzin

w podmiocie leczniczym

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

.....
(data, pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające
imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna
z ramienia podmiotu, oraz jego własnoręczny podpis)

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

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