

KARTA ZALICZEŃ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Wydział Nauk o Zdrowiu – studia stacjonarne I stopnia

Kierunek: Fizjoterapia

Rok studiów: II

.....

(imię i nazwisko, numer albumu)

ROZLICZENIE PRAKTYK					
<i>Liczba godzin dydaktycznych do realizacji(wg planu studiów)</i>					
L.p.	Przedmiot	Termin realizacji (data rozpoczęcia – data zakończenia)	Zaliczenie/ ocena	Miejsce praktyk	Potwierdzenie realizacji praktyk (pieczętka i podpis mentora)
1.	Praktyka w zakresie fizykoterapii liczba godzin do realizacji.....				
2	Praktyka w zakresie kinezyterapii liczba godzin do realizacji.....				

.....

Podpis spec. ds. praktyk studenckich

Fizjoterapia II rok, I st, semestr

Praktyka z zakresu fizykoterapii (.....godzin)

MIEJSCE PRAKTYKI

(pieczęć jednostki i kierownika w której praktyka została zrealizowana)

ZAKRES CZYNNOŚCI I UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYKANTA

Zapoznanie się z regulaminem obowiązującym w miejscu odbywania praktyki.
Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
Zapoznanie się z funkcjonowaniem zespołu terapeutycznego.
Doskonalenie organizacji pracy na stanowisku fizykoterapeutycznym.
Przygotowanie stanowiska do wykonania poszczególnych zabiegów fizykalnych.
Wykonywanie zabiegów z zakresu: elektroterapii, ciepłolecznictwa, biostymulacji laserowej, światłolecznictwa, magnetoterapii, hydroterapii.
Wykonywanie zabiegów z zakresu fizykoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego.
Rozwijanie umiejętności komunikacji z pacjentem i jego rodziną.
Rozwijanie i doskonalenie umiejętności profesjonalnego podejścia do pacjenta i jego rodziny, z zachowaniem zasad etyki.
Rozwijanie poczucia odpowiedzialności, sumienności oraz dyscypliny w wykonywanej pracy, utrwalanie nawyku obserwacji pacjenta.
Opiekowanie się pacjentem przebywającym w gabinecie fizykoterapii.
Wykonywanie poleceń przełożonych.
Prowadzenie dokumentacji praktyk z opisem wykonywanych czynności w danym dniu praktyk (dzienniczek praktyk).

Szczególne osiągnięcia/ uwagi dotyczące praktykanta:

Potwierdzenie realizacji zakresu czynności przez mentora

Fizjoterapia II rok, I st, semestr

Praktyka z zakresu kinezyterapii (..... godzin)

MIEJSCE PRAKTYKI

(pieczęć jednostki i kierownika w której praktyka została zrealizowana)

ZAKRES CZYNNOŚCI I UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYKANTA

- Zapoznanie się z regulaminem obowiązującym w miejscu odbywania praktyki.
- Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Zapoznanie się z funkcjonowaniem zespołu terapeutycznego.
- Rozwijanie i doskonalenie organizacji pracy na stanowisku kinezyterapeutycznym.
- Rozwijanie i doskonalenie umiejętności pracy w UGUL-u.
- Rozwijanie i doskonalenie umiejętności planowania i przeprowadzania ćwiczeń z różnymi przyborami do ćwiczeń kinezyterapeutycznych (piłki, taśmy, poduszki sensomotoryczne itd.)
- Rozwijanie i doskonalenie umiejętności planowania i przeprowadzania ćwiczeń: czynnych, biernych, z oporem, w odciążeniu.
- Rozwijanie i doskonalenie umiejętności planowania i przeprowadzania ćwiczeń grupowych i indywidualnych.
- Przeprowadzanie ćwiczeń kinezyterapeutycznych u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego.
- Prowadzenie dokumentacji medycznej dotyczącej przeprowadzonych ćwiczeń leczniczych.
- Rozwijanie umiejętności komunikacji z pacjentem i jego rodziną.
- Rozwijanie i doskonalenie umiejętności profesjonalnego podejścia do pacjenta i jego rodziny, z zachowaniem zasad etyki.
- Rozwijanie poczucia odpowiedzialności, sumienności oraz dyscypliny w wykonywanej pracy, utrwalanie nawyku obserwacji pacjenta.
- Opiekowanie się pacjentem przebywającym w gabinecie kinezyterapii.
- Wykonywanie poleceń przełożonych.
- Prowadzenie dokumentacji praktyk z opisem wykonywanych czynności w danym dniu praktyk (dzienniczek praktyk).

Szczególne osiągnięcia/ uwagi dotyczące praktykanta:

Potwierdzenie realizacji zakresu czynności przez mentora

DZIENNICZEK PRAKTYK

Imię nazwisko praktykanta:

Fizjoterapia II rok, I st, semestr:

Data:

Godziny/liczba godzin:

Zakres wykonanych czynności (zgodnie z programem praktyk):

Podpis mentora

Data:

Godziny/liczba godzin:

Zakres wykonanych czynności (zgodnie z programem praktyk):

Podpis mentora