**KARTA ZALICZENIA PRAKTYK FIZJOTERAPEUTYCZNYCH DLA STUDENTÓW V ROKU W SEMESTRZE LETNIM**

**W ROKU AKADEMICKIM 2021-2022**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praktyka w zakresie | Placówka | Termin od - do | Liczba godzin | Zaliczenie na ocenę | Podpis i pieczęć opiekuna praktyk |
| Fizjoterapia w reumatologii | SCM w Kup |  | 20 |  |  |
| Fizjoterapia w pulmonologii | SCM w Kup |  | 20 |  |  |
| Fizjoterapia w geriatrii | SCM w Kup |  | 20 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praktyka w zakresie | Placówka | Termin od - do | Liczba godzin | Zaliczenie na ocenę | Podpis i pieczęć opiekuna praktyk |
| Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie | KCZ Krapkowice |  | 34 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praktyka w zakresie | Placówka | Termin od - do | Liczba godzin | Zaliczenie na ocenę | Podpis i pieczęć opiekuna praktyk |
| Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii | USK Oddział Neurochirurgii |  | 40 |  |  |
| Fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej | USK Oddział Neurochirurgii |  | 40 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praktyka w zakresie | Placówka | Termin od - do | Liczba godzin | Zaliczenie na ocenę | Podpis i pieczęć opiekuna praktyk |
| Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii | USK OIOM |  | 30 |  |  |
| Fizjoterapia w kardiologii i kardiochirurgii | USK OIOM |  | 20 |  |  |
| Fizjoterapia w pediatrii | USK OIOM |  | 10 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praktyka w zakresie | Placówka | Termin od - do | Liczba godzin | Zaliczenie na ocenę | Podpis i pieczęć opiekuna praktyk |
| Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii | WSS w Opolu, ul. Wodociągowa |  | 40 |  |  |
| Fizjoterapia w pediatrii | WSS w Opolu, ul. Wodociągowa |  | 10 |  |  |
| Fizjoterapia w psychiatrii | WSS w Opolu, ul. Wodociągowa |  | 50 |  |  |
| Fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej | WSS w Opolu, ul. Wodociągowa |  | 10 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praktyka w zakresie | Placówka | Termin od - do | Liczba godzin | Zaliczenie na ocenę | Podpis i pieczęć opiekuna praktyk |
| Fizjoterapia w chirurgii | USK Zakład Rehabilitacji |  | 20 |  |  |

Suma zrealizowanych godzin: 364

……………………………………………………………….. ……………………………………………………………

podpis studenta podpis koordynatora praktyk UO