**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