**Kryteria doboru miejsc kształcenia praktycznego dla kierunku: fizjoterapia jednolite studia magisterskie**

**Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego**

**Kryteria doboru miejsc kształcenia praktycznego**

Kierunek: fizjoterapia

Studia: stacjonarne / niestacjonarne / jednolite magisterskie/

Rodzaj praktyki: **praktyka zawodowa**

Placówka……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Kryterium oceny** | **Ocena miejsca kształcenia praktycznego** | **Punkty** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| 1 | Czy jednostka/zakład była wybierana jako miejsce odbywania praktyk studenckich? | tak  | 2 |  |
| nie | 0 |  |
| 2 | Czy placówka zapewni opiekuna, który jest fizjoterapeutą z tytułem magistra posiadającym co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie | tak | 10 |  |
| nie | 0 |  |
| 3 | Czy personel posiada doświadczenie w pracy ze studentami | tak | 1 |  |
| nie | 0 |  |
| 4 | Czy rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych umożliwia realizację efektów uczenia się zawartych w programie praktyk ? | tak | 2 |  |
| nie | 0 |  |
| 5 | Czy jednostka/zakład wyposażona jest w aparaturę umożliwiającą zdobycie umiejętności przewidzianych w programie praktyk? | tak | 2 |  |
| nie | 0 |  |
| 6 | Czy realizowane świadczenia medyczne są zgodne w obowiązującymi standardami i procedurami? | tak | 2 |  |
| nie | 0 |  |
| 7 | Czy jednostka/zakład posiada szatnię dla studentów? | tak | 1 |  |
| nie | 0 |  |
| 8 | Czy studenci mają dostęp do pomieszczenia, w którym mogliby m.in. sporządzać notatki, wypełniać dokumentację medyczna, itp.? | tak | 1 |  |
| nie | 0 |  |
| 9 | Czy studenci mają możliwość spożycia posiłku na terenie jednostki/zakładu? | tak | 1 |  |
| nie | 0 |  |

 **Liczba uzyskanych punktów:**

**Kryterium oceny:**

* 22 – 17 pkt – jednostka/zakład spełnia kryteria wymagane do prowadzenia praktyk studenckich
* 16 – 0 pkt – jednostka/zakład nie spełnia kryteriów wymaganych do prowadzenia praktyk studenckich

Pieczątka placówki Pieczątka i podpis osoby dokonującej oceny: