Pieczęć Uczelni

 Imię i nazwisko studenta .......................................................................

 Nr albumu ..............................................................................................

**INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYKI**

**Zakres praktyki**: wakacyjna praktyka z kinezyterapii
**Wymiar godzin do realizacji**: 300 godzin
**Kierunek studiów**: fizjoterapia
**Poziom kształcenia:** studia jednolite magisterskie
**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne
**Rok i semestr studiów:** II rok, semestr IV
**Rok akademicki:** …………………………….
**Miejsce realizacji praktyki**:………………………………………………………………………………………........
…………………………………………………………………………………………………………………………...
**Okres pobytu w placówce**: od dnia……………….do dnia………………..

**Liczba godzin realizowana w placówce……………….**

**Realizowane efekty uczenia się**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Z zakresu wiedzy** | **Data** | **Ocena** | **Podpis** |
| Zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii  |  |  |  |
| Zna metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych |  |  |  |
| Zna zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |  |
| Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem |  |  |  |
| Zna rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym |  |  |  |
| Zna zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty; |  |  |  |
| **Z zakresu umiejętności** |  |  |  |
| Potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych; |  |  |  |
| Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii |  |  |  |
| Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji |  |  |  |
| Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji |  |  |  |
| Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego |  |  |  |
| Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |  |

**Zadania wymagane do zaliczenia praktyk**:

* Realizacja praktyki w pełnym wymiarze godzin
* Dokumentowanie codziennych działań w dzienniku praktyk
* Zrealizowanie wszystkich efektów uczenia się

**Poświadczenie realizacji i zaliczenia praktyki zawodowej**

**Miejsce realizacji praktyki**:............................................................................................................................................

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

Poświadczam zrealizowanie praktyki zawodowej zgodnie z programem i efektami uczenia się

.............................................................................. ………………………………………………………
 Imię i nazwisko studenta Ocena końcowa (cyfra i słownie)

............................................................................... ………………………………………………............
Pieczęć zakładu realizującego praktykę Data, pieczęć, podpis opiekuna praktyki

**Oświadczenie studenta**

Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności posiadania następujących dokumentów, niezbędnych do realizacji praktyki:

1. ubezpieczenia od OC i NW (rozszerzony o ekspozycję na zakażenie wirusem HIV, żółtaczką typu B lub C)
2. aktualnej książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
3. szczepienia przeciwko WZW typu B,
4. obowiązkowej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki (w tym dziennik praktyki)
5. inne dokumenty wymagane przez placówkę

..........................................................

Podpis studenta