**Weryfikacja efektów uczenia się uzyskanych w wyniku  
 odbytej praktyki z zakresu fizjoterapii klinicznej i balneoklimatologii**

**Kierunek studiów**: fizjoterapia

**Poziom kształcenia:** studia drugiego stopnia

**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne

**Rok i semestr studiów:** I rok, semestr II

**Rok akademicki**: ……….. Pieczęć Uczelni

***Wiedza:***

**Proszę ocenić wiedzę zdobytą przez studenta podczas realizacji praktyki:**

1. Posiada wiedzę dotyczącą genetyki, różnicuje wady, zespoły i choroby genetyczne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Posiada wiedzę na temat rozwoju całego organizmu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi wykorzystać określone zabiegi fizykoterapeutyczne w przypadku różnych schorzeń   
   i dolegliwości

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi wykonywać badania dla potrzeb fizjoterapii

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Zna narzędzia diagnostyczne niezbędne do oceny pacjenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Zna metody specjalne stosowane w fizjoterapii

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Posiada wiedze na temat balneoklimatologii i leczenia uzdrowiskowego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

***Umiejętności:***

**Proszę ocenić sposób i wkład pracy studenta:**

1. Potrafi posługiwać się zaawansowanym technicznie sprzętem stosowanym w fizjoterapii

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi dobrać odpowiednio do jednostki chorobowej badanie diagnostyczne stosowane w fizjoterapii

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi tworzyć i przeprowadzać postępowanie fizjoterapeutyczne odpowiednio dostosowane do jednostki chorobowej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

***Kompetencje społeczne:***

**Proszę ocenić sposób zachowania studenta:**

1. Potrafi samodzielnie podejmować decyzje oraz pracować w zespole

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Zna i przestrzega zasady BHP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

……………………………..… .......................................................... Data i podpis opiekuna praktyk Miejsce realizacji praktyk (pieczątka zakładu)

……………………………………………..

(Podpis koordynatora praktyk na kierunku fizjoterapia)