

**Weryfikacja efektów uczenia się uzyskanych w wyniku
odbytej praktyki z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu**

Kierunek studiów: fizjoterapia

Poziom kształcenia: studia jednolite magisterskie

Forma studiów: studia stacjonarne

Rok i semestr studiów: III rok, semestr VI

Rok akademicki:

Pieczęć Uczelni

Wiedza:

Proszę ocenić wiedzę zdobytą przez studenta podczas realizacji praktyki:

1. Zna zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych

Tak Nie

2. Zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego

Tak Nie

3. Zna metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii

Tak Nie

4. Zna metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie procesu rehabilitacji

Tak Nie

5. Zna zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji

Tak Nie

6. Zna rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym

Tak Nie

Umiejętności:

Proszę ocenić sposób i wkład pracy studenta:

1. Potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych

Tak Nie

2. Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego

Tak Nie

3. Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy

Tak Nie

4. Potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta

Tak Nie

5. Potrafi przestrzegać praw pacjenta

Tak Nie

6. Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i poszanowaniu

Tak Nie

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

.....
Miejsce realizacji praktyk (pieczętka zakładu)

.....
Podpis koordynatora praktyk na kierunku fizjoterapia