**Weryfikacja efektów uczenia się uzyskanych w wyniku  
 odbytej wakacyjnej praktyki z kinezyterapii**

**Kierunek studiów**: fizjoterapia

**Poziom kształcenia:** studia jednolite magisterskie

**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne

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

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

***Wiedza:***

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

1. Zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii

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

1. 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

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

1. Zna zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji

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

1. Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem

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

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

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

1. Zna zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |

1. Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii

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

1. 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

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

1. Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji

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

1. Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego

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

1. Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.

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

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

……………………………………………..

Podpis koordynatora praktyk na kierunku fizjoterapia