Pieczęć Uczelni

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

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

**INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYKI**

**Zakres praktyki**: praktyka asystencka
**Wymiar godzin do realizacji**: 150 godzin
**Kierunek studiów**: fizjoterapia
**Poziom kształcenia:** studia jednolite magisterskie
**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne
**Rok i semestr studiów:** I rok, semestr II
**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** |
| Posiada teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego |  |  |  |
| Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem |  |  |  |
| **Z zakresu umiejętności** |  |  |  |
| Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego |  |  |  |
| Potrafi przestrzegać praw pacjenta |  |  |  |
| Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartąna 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 przez

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