Pieczęć Uczelni

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

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

**INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYKI**

**Zakres praktyki**: praktyka z zakresu fizjoterapii klinicznej i balneoklimatologii  
**Wymiar godzin do realizacji**: 200 godzin   
**Kierunek studiów**: fizjoterapia  
**Poziom kształcenia:** studia drugiego stopnia  
**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 wiedzę dotyczącą genetyki, różnicuje wady, zespoły i choroby genetyczne |  |  |  |
| Posiada wiedzę na temat rozwoju całego organizmu |  |  |  |
| Potrafi wykorzystać określone zabiegi fizykoterapeutyczne w przypadku różnych schorzeń i dolegliwości |  |  |  |
| Potrafi wykonywać badania dla potrzeb fizjoterapii |  |  |  |
| Zna narzędzia diagnostyczne niezbędne do oceny pacjenta |  |  |  |
| Zna metody specjalne stosowane w fizjoterapii |  |  |  |
| Posiada wiedze na temat balneoklimatologii i leczenia uzdrowiskowego |  |  |  |
| **Z zakresu umiejętności** |  |  |  |
| Potrafi posługiwać się zaawansowanym technicznie sprzętem stosowanym w fizjoterapii |  |  |  |
| Potrafi dobrać odpowiednio do jednostki chorobowej badanie diagnostyczne stosowane w fizjoterapii |  |  |  |
| Potrafi tworzyć i przeprowadzać postępowanie fizjoterapeutyczne odpowiednio dostosowane do jednostki chorobowej |  |  |  |
| **Z zakresu kompetencji** |  |  |  |
| Potrafi samodzielnie podejmować decyzje oraz pracować w zespole |  | * Tak * Nie |  |
| Zna i przestrzega zasady BHP |  | * Tak * Nie |  |

**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