

**INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYKI STUDENTA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

<b>Imię i nazwisko studenta:</b>	<b>Zakres praktyki:</b> PRAKTYKA ASYSTENCKA	
<b>Nr albumu:</b>	<b>Wymiar godzinowy:</b> 150 godzin dydaktycznych	
<b>Rok akademicki:</b>	<b>Rok studiów:</b> I	<b>Semestr:</b> II
<b>Termin praktyki:</b>	<b>Punkty ECTS:</b> 5	

REALIZOWANE EFEKTY UCZENIA SIĘ					
			TAK	NIE	DATA I PODPIS
<b>Z ZAKRESU WIEDZY</b>	F.W1.	Zna i rozumie zjawiska zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych			
	F.W2.	Zna i rozumie teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego			
	F.W6.	Zna i rozumie podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności			
	F.W9.	Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem			
	F.W14.	Zna i rozumie zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia			
<b>Z ZAKRESU UMIEJĘTNOŚCI</b>	F.U10.	Potrafi inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną i profilaktykę niepełnosprawności			
	F.U14.	Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego			
	F.U16.	Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty			
	F.U17.	Potrafi przestrzegać praw pacjenta			
	F.U18.	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku			

Liczba godzin realizowana w placówce		Ocena końcowa (cyfrą i słownie)	
Pieczęć zakładu realizującego praktykę (placówka)		Pieczęć, podpis, PWZFz opiekuna praktyki (placówka)	
Podpis kierunkowego koordynatora praktyk (WNoZ UO)		Czytelny podpis studenta	