

DZIENNIK
PRAKTYKI ZAWODOWEJ
REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII

**Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej,
fizykoterapii i masażu**
(100 godzin, 4 ECTS)

Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim

.....
(własnoręczny podpis praktykanta)

.....
Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL¹⁾.....

.....
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

¹⁾ W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania

Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....
(pieczętka i podpis opiekuna)

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
Umiejętność interpretacji wyników diagnostyki funkcjonalnej oraz innych podstawowych badań klinicznych celem właściwego doboru środków fizjoterapii i prawidłowego przeprowadzania zabiegów fizjoterapeutycznych	
Umiejętność samodzielnego wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów w różnym wieku z różnymi rodzajami dysfunkcji	
Umiejętność obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury niezbędnej w procesie fizjoterapii	
Potrafi odpowiedzialnie podejść i przygotować się do własnej pracy, podejmować samodzielne decyzje ,jest przygotowany do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej	

Część IV

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

(pieczętka i podpis opiekuna)

Część V

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL²⁾.....

.....
zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od do
w podmiocie leczniczym

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....
(data, pieczęć i podpis opiekuna)

.....
(data, pieczęć i podpis kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

²⁾ W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania