

**DZIENNIK**  
**PRAKTYKI ZAWODOWEJ**  
**REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA**  
**W ZAKRESIE FIZJOTERAPII**

**Praktyka profilowana, wybieralna**  
(200 godzin, 7 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 PESEL<sup>1)</sup>.....  
.....

.....  
*(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)*

.....  
*(imię i nazwisko opiekuna)*

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

<sup>1)</sup> 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

<b>Data</b>	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności</b>

.....  
(pieczętka i podpis opiekuna)

## Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

<b>Wykaz umiejętności</b>	<b>Podpis opiekuna</b>
Umiejętność interpretacji wyników diagnostyki funkcjonalnej oraz innych podstawowych badań klinicznych celem właściwego doboru środków fizjoterapii i prawidłowego przeprowadzania zabiegów fizjoterapeutycznych i masażu.	
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 V

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>2)</sup>.....

.....  
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)

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