

Pieczęć Uczelni

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

### INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYKI

**Zakres praktyki:** wakacyjna praktyka z kinezyterapii

**Wymiar godzin do realizacji:** 300 godzin

**Kierunek studiów:** fizjoterapia

**Poziom kształcenia:** studia jednolite magisterskie

**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne

**Rok i semestr studiów:** II rok, semestr IV

**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
Zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii			
Zna metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych			
Zna zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji			
Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem			
Zna rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym			
Zna zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty;			
Z zakresu umiejętności			
Potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych;			
Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii			
Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji			
Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji			
Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego			

Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na 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

.....

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:

- a) ubezpieczenia od OC i NW (rozszerzony o ekspozycję na zakażenie wirusem HIV, żółtaczką typu B lub C)
- b) aktualnej książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- c) szczepienia przeciwko WZW typu B,
- d) obowiązkowej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki (w tym dziennik praktyki)
- e) inne dokumenty wymagane przez placówkę

.....

Podpis studenta