

**Weryfikacja efektów uczenia się uzyskanych w wyniku  
odbytej wakacyjnej praktyki z kinezyterapii**

**Kierunek studiów:** fizjoterapia

**Poziom kształcenia:** studia jednolite magisterskie

**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne

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

**Rok akademicki:** .....

Pieczęć Uczelni

***Wiedza:***

**Proszę ocenić wiedzę zdobytą przez studenta podczas realizacji praktyki:**

1. Zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii

Tak            Nie   

2. 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

Tak            Nie   

3. Zna zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji

Tak            Nie   

4. Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem

Tak            Nie   

5. Zna rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym

Tak            Nie   

6. Zna zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty

Tak            Nie   

***Umiejętności:***

**Proszę ocenić sposób i wkład pracy studenta:**

1. Potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych;  
 Tak      Nie
2. Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii  
 Tak      Nie
3. 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  
 Tak      Nie
4. Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji  
 Tak      Nie
5. Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego  
 Tak      Nie
6. Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.  
 Tak      Nie

.....  
Data i podpis opiekuna praktyk

.....  
Miejsce realizacji praktyk (pieczętka zakładu)

.....  
Podpis koordynatora praktyk na kierunku fizjoterapia