



OLSZTYŃSKA
SZKOŁA WYŻSZA
OLSZTYN UNIVERSITY

DZIENNIK
PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH
KSZTAŁCENIA
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII



Pieczętka Uczelni

.....

(własnoręczny podpis praktykanta)

.....
Imię i Nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....
Pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni

Pan(i)

.....
(Nazwisko i Imię praktykanta)

Posiadający numer PESEL(1).....

.....
Data rozpoczęcia praktyki zawodowej

.....
Imię i Nazwisko opiekuna praktyki

.....
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

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
Umiejętność wykonywania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii	
Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowania programu terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych	
Umiejętność doboru rodzaju zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta: dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych - kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych - ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne	
Wykonanie zabiegów fizykalnych - zabiegi ciepłe miejscowe i ogólne (zabieg sauny), miejscowe zabiegi schładzania i krioterapii, kąpiele i półkąpiele, natryski, masaż wirowy kończyn górnych i dolnych, masaż podwodny, zabiegi z użyciem światła podczerwonego i nadfioletowego, laseroterapia, magnetoterapia, zabiegi z użyciem pól magnetycznych wielkiej częstotliwości, terapia ultradźwiękowa i fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne	
Planowanie i wykonanie diagnostyki funkcjonalnej pacjentów z różnymi dysfunkcjami układu ruchu dla potrzeb kinezyterapii (badanie podmiotowe, przedmiotowe, podstawowe pomiary, sposoby oceny, testy fiinkcjonalne oraz testy specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii)	
Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej	
Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta	
Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii	
Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów - stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego	
Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu	
Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej	
Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp.	
Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków pracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty	
Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach	
Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość zasad jej dostępności i obiegu dokumentów	
Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej	

.....

Pieczętka i podpis opiekuna

Część V

.....

Pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni

Pieczęć podmiotu leczniczego

Pan(i)

.....

Imię i Nazwisko praktykanta

Posiadający numer PESEJ (2).....

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.