

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

**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**  
**JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO W WARSZAWIE**



.....

(własnoręczny podpis praktykanta)

.....  
(imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna praktyki)

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

### **Część I**

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....  
(pieczęć i podpis opiekuna)

## Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
Umiejętność wykonywania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii.	
Umiejętność planowania i weryfikowania oraz 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 cieplne 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 funkcjonalne 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 wykonywania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta.	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
Umiejętność programowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii.	
Wykorzystanie w fizjoterapii 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 programowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta oraz umiejętność udzielania instruktażu chorym odnośnie wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu.	
Umiejętność programowania adoptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami.	
Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej.	
Udzielanie pacjentowi porad 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 III**

Rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki zawodowej oraz informacja o jego przekazaniu do kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis opiekuna)





## Część V

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL.....

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)