



Akademia WSB

## **DZIENNIK**

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

**WAKACYJNA PRAKTYKA Z KINEZYTERAPII**  
sem. IV (300h dydaktycznych)

.....  
(własnoręczny podpis praktykanta)

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

.....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka  
zawierające nazwę, adres oraz NIP  
jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL\*<sup>1)</sup>

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

.....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka  
zawierające imię i nazwisko oraz  
oznaczenie funkcji opiekuna,  
oraz jego własnoręczny podpis)

\*<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)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....  
(pieczęć i podpis opiekuna)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....  
(pieczętka i podpis opiekuna)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....  
(pieczęć i podpis opiekuna)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....  
(pieczętka i podpis opiekuna)



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 przeprowadzenia badań i zinterpretowania ich wyniki oraz przeprowadzenia testów funkcjonalnych niezbędnych do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych;	
Umiejętność samodzielnego wykonywania zabiegów z zakresu kinezyterapii; znajomość wskazań i przeciwwskazań do wykonywania zabiegów z zakresu kinezyterapii;	
Umiejętność tworzenia, weryfikowania i modyfikowania programów usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji;	
Umiejętność planowania i wykonania diagnostyki funkcjonalnej pacjentów z różnymi dysfunkcjami układu ruchu dla potrzeb kinezyterapii (badanie podmiotowe, przedmiotowe, podstawowe pomiary, sposoby oceny, testy funkcjonalne oraz testy specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii);	
Umiejętność wykorzystywania i obsługiwanania aparatury, sprzętu do fizjoterapii i sprzętu do badań funkcjonalnych;	
Umiejętność pracowania w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikowania się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną;	
Umiejętność kwalifikacji, planowania i prowadzenia odpowiednich do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej;	
Umiejętność doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami;	
Umiejętność inicjowania, organizowania i realizowania działań ukierunkowanych na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności;	
Umiejętność nawiązania relacji z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku;	
Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość zasad jej dostępności i obiegu dokumentów;	

.....  
(pieczętka i podpis Opiekuna)





**Część V**

**Opinia opiekuna praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia  
fizjoterapeutów**

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni: Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Imię i nazwisko studenta: .....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki: .....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego:

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

1. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy

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

2. Ocena umiejętności praktycznych

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

3. Ocena kompetencji społecznych

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

**Ocena końcowa (2.0; 3.0; 3,5; 4.0; 4.5; 5.0) .....**

.....  
(pieczętka i podpis Opiekuna)

.....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka  
zawierające nazwę, adres oraz NIP  
jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka  
zawierające nazwę, adres oraz NIP  
podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL \*<sup>1)</sup>

.....  
zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od ..... do .....

w podmiocie leczniczym

.....  
.....  
.....  
.....  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....  
(data, pieczęć, nadruk lub naklejka  
zawierające imię i nazwisko oraz  
oznaczenie funkcji opiekuna,  
oraz jego własnoręczny podpis)

.....  
(data, pieczęć, nadruk lub naklejka  
zawierające imię i nazwisko oraz  
oznaczenie funkcji kierownika  
jednostki organizacyjnej uczelni  
oraz jego własnoręczny podpis)

## KRYTERIA ZALICZENIA PRAKTYK NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA

### Ocenę 5.0 (bardzo dobry)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje wzorową postawę etyczną i wzorowe zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
- w sposób pełny i rzeczowy dokonuje analizy dokumentacji medycznej, adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta
- sprawnie ustala plan postępowania rehabilitacyjnego z uwzględnieniem modyfikacji działania w stanach i sytuacjach nietypowych,
- wzorowo, samodzielnie i sprawnie realizuje zaplanowane zadania przez zakładowego opiekuna praktyk,
- w pracy podejmuje działania określone i wskazane przez opiekuna oraz wykazuje się własną inicjatywą i wzorowym zaangażowaniem,
- prezentuje wysoki poziom wiedzy merytorycznej,
- cechuje się kreatywnością w działaniu i łatwością w nawiązywaniu kontaktów, jest komunikatywny.

### Ocenę 4.0 (dobry)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje właściwą postawę etyczną i właściwe zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
- nie w pełni rozpoznaje problemy pacjentów oraz dokonuje analizy dokumentacji medycznej,
- w ustalaniu planu postępowania rehabilitacyjnego kieruje się standardowymi i odnoszącymi się do typowych sytuacji sposobami działania,
- prawidłowo, samodzielnie i sprawnie realizuje zaplanowane zadania przez zakładowego opiekuna praktyk
- prezentuje zadowalający poziom wiedzy teoretycznej,
- w pracy podejmuje działania określone i wskazane przez opiekuna.

### Ocenę 3.0 (dostateczny)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje odpowiednią postawę etyczną i odpowiednie zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
- rozpoznaje problemy pacjentów, dokonuje analizy dokumentacji medycznej po ukierunkowaniu przez opiekuna praktyki,
- ustala plan postępowania i opieki przy pomocy opiekuna,
- zlecone zabiegi i czynności fizjoterapeutyczne wykonuje poprawnie tylko we współpracy i z instruktążem opiekuna,
- posiada niewielki zasób wiedzy i wykazuje się małą sprawnością manualną,
- jest zainteresowany pogłębieniem wiadomości i podnoszeniem sprawności swojego działania,
- w pracy ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń opiekuna.

### Ocenę 2.0 (niedostateczny)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje nieodpowiednią postawę etyczną względem pacjentów, a jego zachowanie względem innych osób budzi poważne zastrzeżenia,
- nie spostrzega problemów pacjentów i ich zapotrzebowania na zabiegi fizjoterapeutyczne,
- nie ustala planu postępowania i opieki i nie potrafi przeprowadzić zabiegów fizjoterapeutycznych, ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń,
- zlecone zabiegi i czynności fizjoterapeutyczne, wykonuje niepoprawnie nawet we współpracy i z instruktążem opiekuna,
- posiada niewielki zasób wiedzy i wykazuje się zbyt małą sprawnością manualną,
- nie jest zainteresowany pogłębieniem wiadomości i podnoszeniem sprawności swojego działania,
- w pracy ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń opiekuna i wykonuje je z niechęcią.

*Uwaga: oceny połówkowe uzyskuje student w przypadku spełnienia częściowo kryteriów odnoszących się do ocen całkowitych.*