



# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**kierunek  
FIZJOTERAPIA  
cykl 2018/2019**

**Nazwisko i imię studenta.....**

**Nr albumu.....**

(okładka )

**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa**

**w Koszalinie**

**ul. Leśna 1  
75-582 Koszalin**

**tel. 94 342 67 66  
fax. 94 341 65 86**

**e-mail: [pwsz-koszalin@wp.pl](mailto:pwsz-koszalin@wp.pl)**

.....  
własnoręczny podpis praktykanta

(wewnętrzna strona okładki)

Pan(i)

.....  
Imię i nazwisko praktykanta

Posiadający/Posiadająca  
numer PESEL<sup>1</sup>

.....

.....  
data rozpoczęcia praktyki

.....  
Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia zakładu  
pracy

---

<sup>1</sup> W przypadku braku nr PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość, nazwę, nr oraz kraj wydania

# CZĘŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka wstępna  
(asystencka) 60 godzin, sem. II

## **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczątką i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

# CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w pracowni  
fizykoterapii 90 godzin, sem. IV

## **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

# CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w pracowni  
fizykoterapii 30 godzin, sem. V

## **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

# CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w pracowni  
fizykoterapii 60 godzin, sem. VI

## **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

# CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w pracowni  
kinezyterapii 60 godzin, sem. IV

## **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)



# CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w pracowni  
kinezyterapii 60 godzin, sem. V

## **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

# CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w pracowni  
kinezyterapii 60 godzin, sem. VI

## **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w ortopedii i traumatologii, fizjoterapia w medycynie sportowej - 20 godz.

### **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczątką i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w reumatologii - 20 godz.

### Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczęćka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii - 20 godz.

### Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w kardiologii i kardiochirurgii - 20 godz.

### **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZĘŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w pulmonologii - 10 godz.

### Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczątką i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w chirurgii - 20 godz.

### Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)



## CZĘŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie- 20 godz.

### **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczętka i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZĘŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w pediatrii, fizjoterapia w wieku rozwojowym - 20 godz.

### **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczątką i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w geriatriczn, onkologii i medycynie paliatywnej - 20 godz.

### **Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta**

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczątką i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

# CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej 180 godzin, VIII sem.

Fizjoterapia w psychiatrii - 10 godz.

## Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
Pieczątką i podpis opiekuna praktyk

(strona do wielokrotnego wydruku)

**ROZLICZENIE PRAKTYKI WSTĘPNEJ  
(ASYSTENCKIEJ) 60 godz. SEM. II**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka zakładu

podpis i pieczętka opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI WSTĘPNEJ  
ASYSTENCKIEJ 60 godz. SEM. II**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka Uczelni

podpis i pieczętka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
FIZYKOTERAPII 90 godz. SEM. IV**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
FIZYKOTERAPII 90 godz. SEM. IV**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka Uczelni

podpis i pieczętka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni



**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
FIZYKOTERAPII 30 godz. SEM. V**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
FIZYKOTERAPII 30 godz. SEM. V**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęćka Uczelni

podpis i pieczęćka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
FIZYKOTERAPII 60 godz. SEM. VI**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
FIZYKOTERAPII 60 godz. SEM. VI**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka Uczelni

podpis i pieczętka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
KINEZYTERAPII 60 godz. SEM. IV**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
KINEZYTERAPII 60 godz. SEM. IV**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęćka Uczelni

podpis i pieczęćka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
KINEZYTERAPII 60 godz. SEM. V**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
KINEZYTERAPII 60 godz. SEM. V**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęćka Uczelni

podpis i pieczęćka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni



**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
KINEZYTERAPII 60 godz. SEM. VI**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI  
KINEZYTERAPII 60 godz. SEM. VI**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęćka Uczelni

podpis i pieczęćka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W ZAKRESIE  
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ 180 godz. SEM. VIII**

Miejsce realizacji praktyki:

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W ZAKRESIE  
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ 180 godz. SEM. VIII**

**MIEJSCA ODBYCIA PRAKTYK**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

6. **Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uczelni:**

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

.....

**Ocena wystawiona studentowi**

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka Uczelni

podpis i pieczętka opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni

