

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



.....

(własnoręczny podpis praktykanta)

wewnętrzna strona okładki 1 - strona 2

.....  
Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierająca 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 z ramienia podmiotu leczniczego)

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

strona 3

---

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

## CZEŚĆ I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....

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

## CZEŚĆ 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 funkcjonalne 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.	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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 z zakresu metod specjalnych w domu.	
Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami.	
Dobór przedmiotów ortopedycznych dla potrzeb osoby rehabilitowanej.	
Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności.	
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, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko  
oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)







## CZEŚĆ V

.....

.....

(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierająca ,  
adres nazwę oraz NIP jednostki

(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierająca  
nazwę oraz NIP podmiotu leczniczego)

organizacyjnej uczelni)

Pan/i

.....

(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/aPESEL<sup>2</sup>:.....

.....

Zaliczył/ zaliczyła praktykę zawodową w okresie od .....do.....

w podmiocie leczniczym.....

.....

(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....

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

.....

(data i pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji

kierownika jednostki organizacyjnej uczelni oraz jego własnoręczny podpis)

---

<sup>2</sup> W przypadku braku nr PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość, nazwę, nr oraz kraj wydania