



# **DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**kierunek**  
**FIZJOTERAPIA**  
cykl od 2019/2020

**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)

.....  
Imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia 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>

.....  
.....  
(nazwa praktyki zawodowej)

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna z ramienia podmiotu leczniczego)

.....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia  
uczelni oraz jego własnoręczny podpis)

(do wielokrotnego wydruku)

---

<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 asystencka 150 godzin, sem. II  
Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....

*data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

(do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ II

### KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ PRAKTYKA ASYSTENCKA 150 godz., sem. II

*Wypełnia opiekun praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

<b>WIEDZA</b> W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:	ZALICZENIE	
	TAK	NIE
<b>F.W9.</b> zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem;		
<b>F.W12.</b> rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym		
<b>F.W17.</b> zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty;		
<b>UMIEJĘTNOŚCI</b> W zakresie umiejętności absolwent potrafi:	ZALICZENIE	
	TAK	NIE
<b>F.U8.</b> - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną;		
<b>F.U17.</b> przestrzegać praw pacjenta;		
<b>F.U18.</b> nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku;		
<b>KOMPETENCJE SPOŁECZNE</b> W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:	ZALICZENIE	
	TAK	NIE
<b>K1.</b> – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;		
<b>K4.</b> przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej;		
<b>K5.</b> – dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;		
<b>K6.</b> – korzystania z obiektywnych źródeł informacji;		
<b>K7.</b> – wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym;		

.....  
*data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

### CZEŚĆ III

#### ROZLICZENIE PRAKTYKI ASYSTENCKIEJ

150 godz. SEM. II

Miejsce realizacji praktyki:

.....  
.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego o pracy studenta:

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

Student zrealizował zakres programu praktyk przewidziany dla praktyki asystenckiej.

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć podmiotu leczniczego

podpis i pieczęć opiekuna praktyk  
z ramienia podmiotu leczniczego

**ZALICZENIE PRAKTYKI WSTĘPNEJ ASYSTENCKIEJ**

**150 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

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Wakacyjna praktyka z kinezyterapii 300 godzin, sem. IV  
Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....

*data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

(do wielokrotnego wydruku)



## CZEŚĆ II

### KATRA WERYFIKACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

#### WAKACYJNA PRAKTYKA Z KINEZYTERAPII 300 godz. sem. IV

*Wypełnia opiekun praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

<b>WIEDZA</b> <b>W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:</b>	<b>ZALICZENIE</b>	
	TAK	NIE
<b>F.W1.</b> zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych;		
<b>F.W2.</b> teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii;		
<b>F.W3.</b> metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i chorobach wewnętrznych;		
<b>F.W4.</b> metody zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii;		
<b>F.W5.</b> metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii		
<b>F.W6.</b> podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności;		
<b>F.W8.</b> zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji;		
<b>F.W9.</b> zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem;		
<b>F.W11.</b> standardy fizjoterapeutyczne;		
<b>F.W14.</b> zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia;		
<b>F.W15.</b> podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i meto z zakresu budowania świadomości ciała;		
<b>F.W17.</b> zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty;		
<b>F.W18.</b> zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty;		

UMIEJĘTNOŚCI W zakresie umiejętności absolwent potrafi:	ZALICZENIE	
	TAK	NIE
<b>F.U2.</b> - samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii;		
<b>F.U4.</b> - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej;		
<b>F.U5.</b> - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji;		
<b>F.U6.</b> - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać;		
<b>F.U7.</b> wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy		
<b>F.U8.</b> - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną;		
<b>F.U12.</b> - samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność;		
<b>F.U14.</b> - aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego;		
<b>F.U16.</b> stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty;		
<b>F.U17.</b> - przestrzegać praw pacjenta;		
<b>F.U18.</b> nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku;		

KOMPETENCJE SPOŁECZNE W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:	ZALICZENIE	
	TAK	NIE
<b>K1.</b> nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;		
<b>K2.</b> wykonywania zawodu, będąc świadomym roli, jaką fizjoterapeuta pełni na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej;		
<b>K3.</b> prezentowania postawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określania poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty;		
<b>K4.</b> przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej;		

.....  
*data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

## CZEŚĆ III

### ROZLICZENIE WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII

300 godz. SEM. IV

Miejsce realizacji praktyki:

.....  
.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego o pracy studenta:

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

Student zrealizował zakres programu praktyk przewidziany dla wakacyjnej praktyki z kinezyterapii.

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka podmiotu leczniczego

podpis i pieczętka opiekuna praktyk  
z ramienia podmiotu leczniczego

**ZALICZENIE WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

**300 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

## CZEŚĆ I

**Nazwa i wymiar praktyki:** Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu  
100 godzin, sem. V (50 godzin fizykoterapii + 50 godzin masażu)  
Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

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

.....

*data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

(do wielokrotnego wydruku)

## CZEŚĆ II

### KATRA WERYFIKACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

#### PRAKTYKA Z FIZJOERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU

100 godz. sem. V (50 godzin fizykoterapii + 50 godzin masażu)

*Wypełnia opiekun praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

<b>WIEDZA</b> <b>W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:</b>	<b>ZALICZENIE</b>	
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>F.W1.</b> zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych;		
<b>F.W2.</b> teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego;		
<b>F.W3.</b> metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i chorobach wewnętrznych;		
<b>F.W4.</b> metody zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii;		
<b>F.W5.</b> metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii		
<b>F.W6.</b> podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności;		
<b>F.W9.</b> zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem;		
<b>F.W11.</b> standardy fizjoterapeutyczne;		
<b>F.W14.</b> zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia;		
<b>F.W15.</b> podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i meto z zakresu budowania świadomości ciała;		
<b>F.W17.</b> zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty;		
<b>F.W18.</b> zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty;		

<b>UMIEJĘTNOŚCI</b> <b>W zakresie umiejętności absolwent potrafi:</b>	<b>ZALICZENIE</b>	
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>F.U2.</b> - samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu fizykoterapii i masażu leczniczego;		
<b>F.U7.</b> wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy;		
<b>F.U8.</b> - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną;		
<b>F.U12.</b> - samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność;		
<b>F.U14.</b> - aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego;		
<b>F.U16.</b> stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty;		
<b>F.U17.</b> - przestrzegać praw pacjenta;		
<b>F.U18.</b> nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku;		

<b>KOMPETENCJE SPOŁECZNE</b> <b>W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:</b>	<b>ZALICZENIE</b>	
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>K1.</b> nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;		
<b>K2.</b> wykonywania zawodu, będąc świadomym roli, jaką fizjoterapeuta pełni na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej;		
<b>K3.</b> prezentowania postawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określania poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty;		
<b>K4.</b> przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej;		
<b>K5.</b> – dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;		
<b>K6.</b> – korzystania z obiektywnych źródeł informacji;		
<b>K7.</b> – wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym;		



.....  
*data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego*

### CZEŚĆ III

#### ROZLICZENIE PRAKTYKI Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU

**100 godz. SEM. V (50 godzin fizykoterapii / 50 godzin masażu)**

Miejsce realizacji praktyki:

.....  
.....

Opinia opiekuna praktyk z ramienia podmiotu leczniczego o pracy studenta:

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

Student zrealizował zakres programu praktyk przewidziany dla praktyki z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu.

.....

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka podmiotu leczniczego

podpis i pieczętka opiekuna praktyk  
z ramienia podmiotu leczniczego

**ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ,  
FIZYKOTERAPII I MASAŻU**

**100 godz. SEM. V (50 godzin fizykoterapii / 50 godzin masażu)**

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