

Załącznik nr 1/PR/C
do Regulaminu Praktyk Studenckich
stanowiący załącznik do
Zarządzenia Rektora APS nr 137/2025
z dnia 26 maja 2025 r.



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

kierunek studiów:
specjalność:
rodzaj studiów:
rok studiów:
rok akademicki:
kod praktyki:
nazwa praktyki:

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

DLA KIERUNKU FIZJOTERAPIA

.....
imię i nazwisko studenta/studentki

.....
numer albumu

PRAKTYKI NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA

L.p.	Zakres praktyk fizjoterapeutycznych według standardu	Liczba godzin dydaktycznych	Liczba punktów ECTS	Termin realizacji praktyk według programu studiów
1.	Praktyka asystencka (wakacyjna)	150	5	II semestr
2.	Praktyka z kinezyterapii (wakacyjna)	300	11	IV semestr
3.	Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu - 1 (śródsesemestralna)	100	4	V semestr
4.	Praktyka profilowana – wybieralna - 1 (wakacyjna)	200	7	VI semestr
5.	Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu - 2 (śródsesemestralna)	100	4	VII semestr
6.	Praktyka profilowana – wybieralna - 2 (wakacyjna)	200	7	VIII semestr
7.	Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu (śródsesemestralna)	510	20	X semestr
	Łączny wymiar praktyk fizjoterapeutycznych	1560 (1170 godzin zegarowych)	58	

1. Praktyka asystencka (wakacyjna), FT-5P-PRA, 150 godzin

Praktyka asystencka umożliwia studentom zdobycie zasobu spostrzeżeń i doświadczeń z zakresu podstaw stosowania zabiegów z fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu w różnych jednostkach chorobowych. Student poznaje zagadnienia z zakresu fizjoterapii w praktyce. W trakcie praktyki trenuje umiejętności komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym. Poznaje i stosuje zasady BHP obowiązujące w miejscu odbywania praktyki. Asystuje przy wykonaniu przez opiekuna przykładowych zabiegów z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii i masażu. Zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta i ze sposobem jej prowadzenia.

Rok studiów: I

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Wymiar godzinowy praktyki: 150

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione):

Zaliczenie/brak zaliczenia:

Uwagi dotyczące praktyki:

.....

.....

.....

.....

Data	Pieczętka i podpis
	Opiekun praktyk w placówce (praktyki zatwierdził)
	Opiekun praktyk w Uczelni (praktyki zatwierdził)

UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki, jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia się z zakresu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

SYMBOL	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	OCENA ZAL/NZAL
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - WIEDZA		
FT_W05 F.W1	Student/-ka zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.	
FT_W02 F.W3	Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych.	
FT_W02 F.W4	Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii.	
FT_W03 F.W9	Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - UMIEJĘTNOŚCI		
FT_U10 F.U4	Student/-ka potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej.	
FT_U15; FT_U17 F.U8	Potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną.	
FT_U06 F.U9	Potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta.	
FT_U11 F.U11	Potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych.	
FT_U19 F.U13	Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji.	
FT_U17 F.U14	Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego.	
FT_U18 F.U16	Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_U15 F.U17	Potrafi przestrzegać praw pacjenta.	
FT_U18 F.U18	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – KOMPETENCJE SPOŁECZNE		
FT_K06	Student/-ka jest gotów/-owa do uznawania znaczenia wiedzy w rozwiązywaniu problemów poznawczych i praktycznych, zasięgania opinii ekspertów, korzystania z obiektywnych źródeł informacji i do krytycznej oceny posiadanej wiedzy.	
FT_K07	Jest gotów/-owa do wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym.	

Opinia opiekuna praktyki w placówce:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE KOŃCOWE PRAKTYKI	ZAL / NZAL

.....
(pieczętka z nr PWZF i podpis opiekuna praktyki w placówce)

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

2. Praktyka z kinezyterapii

(wakacyjna), FT-5P-PKT, 300 godzin

Praktyka z kinezyterapii umożliwia studentom zdobycie zasobu spostrzeżeń i doświadczeń z zakresu kinezyterapii. Student pozna w praktyce metody oceny i zasady kwalifikacji do zabiegów kinezyterapeutycznych. Poznaje mechanizmy działania oraz wskazania i przeciwwskazania do wykonania zabiegów z zakresu kinezyterapii. W trakcie praktyki student nabędzie umiejętności wykonania podstawowych zabiegów oraz pozna specyfikę pracy w gabinecie fizjoterapeutycznym, w tym przestrzeganie tajemnicy zawodowej; budowanie kontaktu z pacjentem usprawnianym w gabinecie kinezyterapii; przeprowadzenie wywiadu i badania funkcjonalnego pacjenta; interpretacja wyników badań obrazowych na potrzeby kinezyterapii; wykonanie różnych zabiegów z zakresu kinezyterapii; dobór zabiegów pod względem wieku i stanu funkcjonalnego pacjenta.

Rok studiów: II

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Wymiar godzinowy praktyki: 300

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione):

Zaliczenie/brak zaliczenia:

Uwagi dotyczące praktyki:

.....

.....

Data	Pieczętka i podpis
	Opiekun praktyki w placówce (praktyki zatwierdził)
	Opiekun praktyk w Uczelni (praktyki zatwierdził)

UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki, jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia się z zakresu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

SYMBOL	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	OCENA ZAL/NZAL
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - WIEDZA		
FT_W05 F.W1	Student/-ka zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.	
FT_W05 F.W2	Zna i rozumie teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego.	
FT_W02 F.W3	Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych.	
FT_W02 F.W4	Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii.	
FT_W09 F.W12	Zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym.	
F.W18	Zna i rozumie zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - UMIEJĘTNOŚCI		
FT_U04 F.U1	Student/-ka potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych.	
FT_U03 F.U2	Potrafi wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii.	
FT_U10 F.U4	Potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej.	
FT_U07 F.U7	Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy.	
FT_U15; FT_U17 F.U8	Potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną.	
FT_U06 F.U9	Potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta.	
FT_U03 F.U12	Potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność.	
FT_U17 F.U14	Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego.	

FT_U15 F.U17	Potrafi przestrzegać praw pacjenta.	
FT_U18 F.U18	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – KOMPETENCJE SPOŁECZNE		
FT_K06	Student/-ka jest gotów/-owa do uznawania znaczenia wiedzy w rozwiązywaniu problemów poznawczych i praktycznych, zasięgania opinii ekspertów, korzystania z obiektywnych źródeł informacji i do krytycznej oceny posiadanej wiedzy.	

Opinia opiekuna praktyki w placówce:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE KOŃCOWE PRAKTYKI	ZAL / NZAL

.....
(pieczętka z nr PWZF i podpis opiekuna praktyki w placówce)

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

3. Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej, kinezyterapii, fizykoterapii i masażu - 1 (śródsesemestralna) - FT-5P-PFK1, 100 godzin

Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej dzieci i osób dorosłych, w tym osób starszych dotyczy obszarów kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego. Ma zweryfikować praktycznie zdobytą w teorii wiedzę o metodach oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych; metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii. Ma udoskonalić umiejętności związane z metodami opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii; zasadami doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami; zasadami działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji. Ma ostatecznie przyczynić się do identyfikowania się adepta fizjoterapii z profesjonalnym wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty.

Rok studiów: III

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Wymiar godzinowy praktyki: 100

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione):

Zaliczenie/brak zaliczenia:

Uwagi dotyczące praktyki:

.....

Data	Pieczęć i podpis
	Opiekun praktyki w placówce (praktyki zatwierdził)
	Opiekun praktyki w Uczelni (praktyki zatwierdził)

UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki, jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia się z zakresu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

SYMBOL	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	OCENA ZAL/NZAL
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - WIEDZA		
FT_W05 F.W1	Student/-ka zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.	
FT_W05 F.W2	Zna i rozumie teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego.	
FT_W02 F.W3	Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych.	
FT_W02 F.W4	Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii.	
FT_W02 F.W5	Zna i rozumie metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii.	
FT_W11 F.W6	Zna i rozumie podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności.	
FT_W11 F.W7	Zna i rozumie zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami.	
FT_W08 F.W8	Zna i rozumie zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji.	
FT_W03 F.W9	Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem.	
FT_W02 F.W10	Zna i rozumie zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych (<i>evidence based medicine/physiotherapy</i>).	
FT_W09 F.W11	Zna i rozumie standardy fizjoterapeutyczne.	
FT_W09 F.W12	Zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym.	
FT_W13 F.W13	Zna i rozumie prawne, etyczne i metodyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych oraz rolę fizjoterapeuty w ich prowadzeniu.	
FT_W03 F.W14	Zna i rozumie zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia.	
FT_W13 F.W15	Zna i rozumie podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości	

	ciała.	
FT_W13 F.W16	Zna i rozumie zadania poszczególnych organów samorządu zawodowego fizjoterapeutów oraz prawa i obowiązki jego członków.	
FT_W13 F.W17	Zna i rozumie zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_W13 F.W18	Zna i rozumie zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - UMIEJĘTNOŚCI		
FT_U04 F.U1	Student/-ka potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych.	
FT_U03 F.U2	Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego.	
FT_U05 F.U3	Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji.	
FT_U10 F.U4	Potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej.	
FT_U07 F.U5	Potrafi dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji.	
FT_U07 F.U6	Potrafi zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać.	
FT_U07 F.U7	Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy.	
FT_U15; FT_U17 F.U8	Potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną.	
FT_U06 F.U9	Potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta.	
FT_U09 F.U10	Potrafi inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności.	
FT_U11 F.U11	Potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych.	
FT_U03 F.U12	Potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność.	
FT_U19 F.U13	Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji.	
FT_U17 F.U14	Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego.	

FT_U13 F.U15	Potrafi aktywnie uczestniczyć w dyskusjach na temat problemów zawodowych, z uwzględnieniem zasad etycznych.	
FT_U18 F.U16	Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_U15 F.U17	Potrafi przestrzegać praw pacjenta.	
FT_U18 F.U18	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – KOMPETENCJE SPOŁECZNE		
FT_K06	Student/-ka jest gotów/-owa do uznawania znaczenia wiedzy w rozwiązywaniu problemów poznawczych i praktycznych, zasięgania opinii ekspertów, korzystania z obiektywnych źródeł informacji i do krytycznej oceny posiadanej wiedzy.	
FT_K07	Jest gotów/-owa do wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym.	
FT_K08	Jest gotów/-owa do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej.	
FT_K09	Jest gotów/-owa do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.	

Opinia opiekuna praktyki w placówce:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE KOŃCOWE PRAKTYKI	ZAL / NZAL

.....
 (pieczęć z nr PWZF i podpis opiekuna praktyki w placówce)

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

4. Praktyka profilowana – wybieralna - 1

(wakacyjna) - T-5P-PPF1, 200 godzin dydaktycznych

Praktyka profilowana umożliwia studentom praktyczne wykorzystanie wiedzy z zakresu metod oceny układu ruchu człowieka na poziomie zaburzeń funkcji i struktury. Student będzie też mógł w praktyce rozpoznać sposoby realizacji zasad odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty oraz zasad deontologii i etyki zawodowej. W czasie praktyki student nabędzie umiejętności wykorzystywania i obsługi aparatury, sprzętu do fizjoterapii oraz do badań funkcjonalnych.

Rok studiów: III

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Wymiar godzinowy praktyki: 200

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione):

Zaliczenie/brak zaliczenia:

Uwagi dotyczące praktyki:

.....

.....

.....

Data	Pieczętka i podpis
	Opiekun praktyki w placówce (praktyki zatwierdził)
	Opiekun praktyk w Uczelni (praktyki zatwierdził)

UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki, jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia się z zakresu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

SYMBOL	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	OCENA ZAL/NZAL
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - WIEDZA		
FT_W05 F.W1	Student/-ka zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.	
FT_W02 F.W3	Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych.	
FT_W02 F.W4	Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii.	
FT_W02 F.W5	Zna i rozumie metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii.	
FT_W08 F.W8	Zna i rozumie zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji.	
FT_W03 F.W9	Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem.	
FT_W02 F.W10	Zna i rozumie zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych (<i>evidence based medicine/physiotherapy</i>).	
FT_W09 F.W11	Zna i rozumie standardy fizjoterapeutyczne.	
FT_W13 F.W13	Zna i rozumie prawne, etyczne i metodyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych oraz rolę fizjoterapeuty w ich prowadzeniu.	
FT_W13 F.W15	Zna i rozumie podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała.	
FT_W13 F.W16	Zna i rozumie zadania poszczególnych organów samorządu zawodowego fizjoterapeutów oraz prawa i obowiązki jego członków.	
FT_W13 F.W17	Zna i rozumie zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_W13 F.W18	Zna i rozumie zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - UMIEJĘTNOŚCI		
FT_U04 F.U1	Student/-ka potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania	

	podstawowych metod terapeutycznych.	
FT_U05 F.U3	Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji.	
FT_U10 F.U4	Potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej.	
FT_U07 F.U5	Potrafi dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji.	
FT_U07 F.U6	Potrafi zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać.	
FT_U07 F.U7	Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy.	
FT_U13 F.U15	Potrafi aktywnie uczestniczyć w dyskusjach na temat problemów zawodowych, z uwzględnieniem zasad etycznych.	
FT_U18 F.U16	Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_U15 F.U17	Potrafi przestrzegać praw pacjenta.	
FT_U18 F.U18	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – KOMPETENCJE SPOŁECZNE		
FT_K06	Student/-ka jest gotów/-owa do uznawania znaczenia wiedzy w rozwiązywaniu problemów poznawczych i praktycznych, zasięgania opinii ekspertów, korzystania z obiektywnych źródeł informacji i do krytycznej oceny posiadanej wiedzy.	
FT_K07	Jest gotów/-owa do wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym.	

Opinia opiekuna praktyki w placówce:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE KOŃCOWE PRAKTYKI	ZAL / NZAL

.....
 (pieczętka z nr PWZF i podpis opiekuna praktyki w placówce)

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczątka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

5. Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej, kinezyterapii, fizykoterapii i masażu – 2 (śródsesemestralna) – FT-5P-PFK2, 100 godzin

Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej dzieci i osób dorosłych, w tym osób starszych dotyczy obszarów kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego. Ma zweryfikować praktycznie zdobytą w teorii wiedzę o metodach oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych; metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii. Ma udoskonalić umiejętności związane z metodami opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii; zasadami doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami; zasadami działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji. Ma ostatecznie przyczynić się do identyfikowania się adepta fizjoterapii z profesjonalnym wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty.

Rok studiów: IV

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Wymiar godzinowy praktyki: 100

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione):

Zaliczenie/brak zaliczenia:

Uwagi dotyczące praktyki:

.....

Data	Pieczęć i podpis
	Opiekun praktyki w placówce (praktyki zatwierdził)
	Opiekun praktyk w Uczelni (praktyki zatwierdził)

UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki, jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia się z zakresu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

SYMBOL	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	OCENA ZAL/NZAL
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – WIEDZA		
FT_W05 F.W1	Student/-ka zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.	
FT_W05 F.W2	Zna i rozumie teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego.	
FT_W02 F.W3	Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych.	
FT_W02 F.W4	Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii.	
FT_W02 F.W5	Zna i rozumie metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii.	
FT_W11 F.W6	Zna i rozumie podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności.	
FT_W11 F.W7	Zna i rozumie zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami.	
FT_W08 F.W8	Zna i rozumie zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji.	
FT_W03 F.W9	Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem.	
FT_W02 F.W10	Zna i rozumie zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych (<i>evidence based medicine/physiotherapy</i>).	
FT_W09 F.W11	Zna i rozumie standardy fizjoterapeutyczne.	
FT_W09 F.W12	Zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym.	
FT_W13 F.W13	Zna i rozumie prawne, etyczne i metodyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych oraz rolę fizjoterapeuty w ich prowadzeniu.	
FT_W03 F.W14	Zna i rozumie zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia.	
FT_W13	Zna i rozumie podstawowe zagadnienia dotyczące zależności	

F.W15	psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała.	
FT_W13 F.W16	Zna i rozumie zadania poszczególnych organów samorządu zawodowego fizjoterapeutów oraz prawa i obowiązki jego członków.	
FT_W13 F.W17	Zna i rozumie zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_W13 F.W18	Zna i rozumie zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – UMIEJĘTNOŚCI		
FT_U04 F.U1	Student/-ka potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych.	
FT_U03 F.U2	Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego.	
FT_U05 F.U3	Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji.	
FT_U10 F.U4	Potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej.	
FT_U07 F.U5	Potrafi dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji.	
FT_U07 F.U6	Potrafi zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać.	
FT_U07 F.U7	Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy.	
FT_U15; FT_U17 F.U8	Potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną.	
FT_U06 F.U9	Potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta.	
FT_U09 F.U10	Potrafi inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności.	
FT_U11 F.U11	Potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych.	
FT_U03 F.U12	Potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność.	
FT_U19 F.U13	Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji.	
FT_U17	Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego.	

F.U14		
FT_U13 F.U15	Potrafi aktywnie uczestniczyć w dyskusjach na temat problemów zawodowych, z uwzględnieniem zasad etycznych.	
FT_U18 F.U16	Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_U15 F.U17	Potrafi przestrzegać praw pacjenta.	
FT_U18 F.U18	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – KOMPETENCJE SPOŁECZNE		
FT_K06	Student/-ka jest gotów/-owa do uznawania znaczenia wiedzy w rozwiązywaniu problemów poznawczych i praktycznych, zasięgania opinii ekspertów, korzystania z obiektywnych źródeł informacji i do krytycznej oceny posiadanej wiedzy.	
FT_K07	Jest gotów/-owa do wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym.	
FT_K08	Jest gotów/-owa do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej.	
FT_K09	Jest gotów/-owa do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.	

Opinia opiekuna praktyki w placówce:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE KOŃCOWE PRAKTYKI	ZAL / NZAL

.....
 (pieczętka z nr PWZF i podpis opiekuna praktyki w placówce)

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczątka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczątka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

6. Praktyka profilowana – wybieralna – 2 (wakacyjna) - T-5P-PPF2, 200 godzin dydaktycznych

Praktyka profilowana umożliwia studentom praktyczne wykorzystanie wiedzy z zakresu metod oceny układu ruchu człowieka na poziomie zaburzeń funkcji i struktury. Student będzie też mógł w praktyce rozpoznać sposoby realizacji zasad odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty oraz zasad deontologii i etyki zawodowej. W czasie praktyki student nabędzie umiejętności wykorzystywania i obsługi aparatury, sprzętu do fizjoterapii oraz do badań funkcjonalnych.

Rok studiów: IV

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Wymiar godzinowy praktyki: 200

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione):

Zaliczenie/brak zaliczenia:

Uwagi dotyczące praktyki:

.....

.....

.....

.....

.....

Data	Pieczętka i podpis
	Opiekun praktyki w placówce (praktyki zatwierdził)
	Opiekun praktyk w Uczelni (praktyki zatwierdził)

UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki, jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia się z zakresu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

SYMBOL	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	OCENA ZAL/NZAL
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - WIEDZA		
FT_W05 F.W1	Student/-ka zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.	
FT_W02 F.W3	Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych.	
FT_W02 F.W4	Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii.	
FT_W02 F.W5	Zna i rozumie metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii.	
FT_W08 F.W8	Zna i rozumie zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji.	
FT_W03 F.W9	Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem.	
FT_W02 F.W10	Zna i rozumie zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych (<i>evidence based medicine/physiotherapy</i>).	
FT_W09 F.W11	Zna i rozumie standardy fizjoterapeutyczne.	
FT_W13 F.W13	Zna i rozumie prawne, etyczne i metodyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych oraz rolę fizjoterapeuty w ich prowadzeniu.	
FT_W13 F.W15	Zna i rozumie podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała.	
FT_W13 F.W16	Zna i rozumie zadania poszczególnych organów samorządu zawodowego fizjoterapeutów oraz prawa i obowiązki jego członków.	
FT_W13 F.W17	Zna i rozumie zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_W13 F.W18	Zna i rozumie zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - UMIEJĘTNOŚCI		
FT_U04 F.U1	Student/-ka potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania	

	podstawowych metod terapeutycznych.	
FT_U05 F.U3	Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji.	
FT_U10 F.U4	Potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej.	
FT_U07 F.U5	Potrafi dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji.	
FT_U07 F.U6	Potrafi zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać.	
FT_U07 F.U7	Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy.	
FT_U13 F.U15	Potrafi aktywnie uczestniczyć w dyskusjach na temat problemów zawodowych, z uwzględnieniem zasad etycznych.	
FT_U18 F.U16	Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_U15 F.U17	Potrafi przestrzegać praw pacjenta.	
FT_U18 F.U18	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – KOMPETENCJE SPOŁECZNE		
FT_K06	Student/-ka jest gotów/-owa do uznawania znaczenia wiedzy w rozwiązywaniu problemów poznawczych i praktycznych, zasięgania opinii ekspertów, korzystania z obiektywnych źródeł informacji i do krytycznej oceny posiadanej wiedzy.	
FT_K07	Jest gotów/-owa do wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym.	

Opinia opiekuna praktyki w placówce:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE KOŃCOWE PRAKTYKI	ZAL / NZAL

.....
 (pieczętka z nr PWZF i podpis opiekuna praktyki w placówce)

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczątka i podpis opiekuna w placówce:.....

7. Praktyka z fizjoterapii klinicznej, kinezyterapii, fizykoterapii i masażu

(śródsesestralna) – FT-5P-PFI, 510 godzin

Praktyka z fizjoterapii klinicznej dzieci i osób dorosłych, w tym osób starszych dotyczy obszarów kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego. Ma zweryfikować praktycznie zdobytą w teorii wiedzę o metodach oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych; metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii. Ma udoskonalić umiejętności związane z metodami opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii; zasadami doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami; zasadami działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji. Ma ostatecznie przyczynić się do identyfikowania się adepta fizjoterapii z profesjonalnym wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty.

Rok studiów: V

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki:

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Wymiar godzinowy praktyki: 510

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione):

Zaliczenie/brak zaliczenia:

Uwagi dotyczące praktyki:

.....

Data	Pieczęć i podpis
	Opiekun praktyki w placówce (praktyki zatwierdził)
	Opiekun praktyk w Uczelni (praktyki zatwierdził)

UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki, jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia się z zakresu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.

SYMBOL	WYKAZ OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW	OCENA ZAL/NZAL
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - WIEDZA		
FT_W05 F.W1	Student/-ka zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.	
FT_W05 F.W2	Zna i rozumie teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego.	
FT_W02 F.W3	Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych.	
FT_W02 F.W4	Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii.	
FT_W02 F.W5	Zna i rozumie metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii.	
FT_W11 F.W6	Zna i rozumie podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności.	
FT_W11 F.W7	Zna i rozumie zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami.	
FT_W08 F.W8	Zna i rozumie zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji.	
FT_W03 F.W9	Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem.	
FT_W02 F.W10	Zna i rozumie zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych (<i>evidence based medicine/physiotherapy</i>).	
FT_W09 F.W11	Zna i rozumie standardy fizjoterapeutyczne.	
FT_W09 F.W12	Zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym.	
FT_W13 F.W13	Zna i rozumie prawne, etyczne i metodyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych oraz rolę fizjoterapeuty w ich prowadzeniu.	
FT_W03 F.W14	Zna i rozumie zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia.	
FT_W13 F.W15	Zna i rozumie podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości	

	ciała.	
FT_W13 F.W16	Zna i rozumie zadania poszczególnych organów samorządu zawodowego fizjoterapeutów oraz prawa i obowiązki jego członków.	
FT_W13 F.W17	Zna i rozumie zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_W13 F.W18	Zna i rozumie zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE - UMIEJĘTNOŚCI		
FT_U04 F.U1	Student/-ka potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych.	
FT_U03 F.U2	Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego.	
FT_U05 F.U3	Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji.	
FT_U10 F.U4	Potrafi wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej.	
FT_U07 F.U5	Potrafi dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji.	
FT_U07 F.U6	Potrafi zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać.	
FT_U07 F.U7	Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy.	
FT_U15; FT_U17 F.U8	Potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną.	
FT_U06 F.U9	Potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta.	
FT_U09 F.U10	Potrafi inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności.	
FT_U11 F.U11	Potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych.	
FT_U03 F.U12	Potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność.	
FT_U19 F.U13	Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji.	
FT_U17 F.U14	Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego.	

FT_U13 F.U15	Potrafi aktywnie uczestniczyć w dyskusjach na temat problemów zawodowych, z uwzględnieniem zasad etycznych.	
FT_U18 F.U16	Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty.	
FT_U15 F.U17	Potrafi przestrzegać praw pacjenta.	
FT_U18 F_U18	Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	
PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE – KOMPETENCJE SPOŁECZNE		
FT_K06	Student/-ka jest gotów/-owa do uznawania znaczenia wiedzy w rozwiązywaniu problemów poznawczych i praktycznych, zasięgania opinii ekspertów, korzystania z obiektywnych źródeł informacji i do krytycznej oceny posiadanej wiedzy.	
FT_K07	Jest gotów/-owa do wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym.	
FT_K08	Jest gotów/-owa do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej.	
FT_K09	Jest gotów/-owa do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.	

Opinia opiekuna praktyki w placówce:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALICZENIE KOŃCOWE PRAKTYKI	ZAL / NZAL

.....
 (pieczęć z nr PWZF i podpis opiekuna praktyki w placówce)

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....

Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....

(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczątka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....

Termin odbywania praktyki:.....
Miejsce praktyki:

.....
(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Data	Godziny pracy	Wykonane zadania/procedury terapeutyczne	Cel terapii

Pieczętka i podpis opiekuna w placówce:.....