

WZÓR

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

Nazwa uczelni i jednostki  
organizacyjnej uczelni  
wydającej dziennik  
praktyki zawodowej

.....  
(własnoręczny podpis praktykanta)

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

.....  
(pieczęć jednostki  
organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>1)</sup> .....

.....  
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
jednostki organizacyjnej uczelni)

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.

## Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....  
(pieczęć i podpis opiekuna)

## Część 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: <ul style="list-style-type: none"><li>– dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych</li><li>– kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych</li><li>– ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne</li></ul>	
Wykonanie zabiegów fizykalnych – zabiegi ciepłne 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	
Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii	

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna
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 ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu	
Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami	
Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej	
Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp.	
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	

.....  
 (pieczęćka i podpis opiekuna)







## Część V

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL<sup>2)</sup> .....

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

do .....

w podmiocie leczniczym .....

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

.....  
(data, pieczęć i podpis opiekuna)

.....  
(data, pieczęć i podpis kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

<sup>2)</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.