

*ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów, tel.: 14 63 10 771, fax: 14 63 16 600*

KATEDRA FIZJOTERAPII

Karta praktyki studenckiej - indywidualnej

Fizjoterapia - studia magisterskie

**STUDENT:**

***1.*** *Imię i nazwisko studenta..........................................................................................................*

**2.** *Rok studiów:* ………………….. *Nr indeksu*………………..

*Rodzaj praktyki: ( odpowiednie zaznacz X ):*

**□ Praktyka: asystencka - wdrożenie do placówek ochrony zdrowia (wakacyjna po 2 semestrze)**

**□ Praktyka: pracownia kinezyterapii (wakacyjna po 4 sem.)**

**□ Praktyka: pracownia fizykoterapii (wakacyjna po 4 sem.)**

**□ Praktyka: fizjoterapia kliniczna (wakacyjna po 6 semestrze)**

**□ Praktyka: fizjoterapia ambulatoryjna (w trakcie 8 semestru)**

**□ Praktyka: fizjoterapia kliniczna (w trakcie 8 semestru)**

**□ Praktyka: Ciągła praktyka fizjoterapeutyczna (do wyboru)**

***3.*** *Planowany termin praktyki:………………………………………………………………………………….*

***4.*** *Telefon do ewentualnego kontaktu: .........................................................................………………....*

*Data...................................... Podpis studenta......................................*

**PLACÓWKA:**

*1. Nazwa i adres placówki w której będzie realizowana praktyka …...............................................................................................................................……………………...…………….................................................................................................................................................  
…………….................................................................................................................................................  
2. Dyrektor w/w placówki (imię, nazwisko ,tytuł) .................................................................…………….   
3. Opiekun praktyki \* (imię, nazwisko, tytuł) ........................................................................……………. 4. Termin realizacji praktyki ... …...........................................................................................…………..*  
*5. Potwierdzenie zgody opiekuna praktyki ........................................................................………….....*   
*6. Zgoda dyrekcji placówki na realizację w/w praktyki …............................................................................................................................................................*  
*\*Opiekunem praktyki może być magister lub lekarz specjalista rehabilitacji zatrudniony w placówce*  
*7. Charakterystyka placówki ( wypełnia opiekun praktyki z ramienia placówki, w której realizowana jest praktyka) :*

*Odpowiednie zaznacz X*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***L.P*** | ***Zabiegi realizowane z zakresu kinezyterapii*** | |
| ***1.*** | Ćwiczenia bierne, czynno - bierne, wspomagane, pionizacja – prowadzone indywidualnie przez fizjoterapeutę |  |
| ***2.*** | Ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne |  |
| ***3.*** | Nauka czynności lokomocyjnych |  |
| ***4.*** | Zabiegi z użyciem wyciągów |  |
| ***5.*** | Metody reedukacji nerwowo – mięśniowej |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***L.P*** | ***Zabiegi realizowane z zakresu fizykoterapii*** | |
| ***1.*** | Elektroterapia |  |
| ***2.*** | Światłolecznictwo |  |
| ***3.*** | Zmienne pole elektromagnetyczne i magnetyczne |  |
| ***4.*** | Ultradźwięki |  |
| ***5.*** | Laseroterapia |  |
| 6. | Hydroterapia |  |
| 7. | Kriostymulacja |  |
| 8. | Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości |  |
| 9. | Komora kriogeniczna niskotemperaturowa |  |

……………………………………………………………...

***potwierdzenie przedstawiciela placówki***