

*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***