

PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA
W NOWYM SĄCZU

INSTYTUT KULTURY FIZYCZNEJ

Kierunek studiów: Wychowanie Fizyczne

DZIENNIK PRAKTYK
ZAWODOWYCH
Z ZAKRESU ODNOWY BIOLOGICZNEJ

NAZWA ZAKŁADU PRACY:

.....

Pieczęć

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu

Rok studiów: III

Rok akademicki:

Termin odbywania praktyki: Semestr V,VI

Wymiar praktyki: **90 godzin**

V semestr – **30** godzin

IV semestr – **60** godzin

Zakładowy opiekun praktyk

Instytutowy opiekun praktyk: dr Monika Bigosińska

**DLA KAŻDEGO EFEKTU Z ZAKRESU UMIEJETNOŚCI DOKUMENTACJA
WEDŁUG PONIŻSZYCH WZORÓW
5 OBSERWACJI
10 PROWADZONYCH ZABIEGÓW**

EU2. Umiejętności: Student współpracuje w zespole, programuje proces odnowy biologicznej i praktycznie posługuje się jej biomedycznymi środkami

Obserwacja prowadzonych zabiegów odnowy biologicznej (asysta, prowadzenie zabiegu pod nadzorem opiekuna praktyk z ramienia zakładu pracy)

Data.....

Pacjent (ew. grupa pacjentów).....

Wykonujący zabieg.....

Rodzaj wykonywanego zabiegu.....

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu.....

.....

.....

.....

.....

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.....

.....

.....

.....

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioski z omówienia zajęć (redaguje je student po przeprowadzonych zajęciach):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis opiekuna praktyk w placówce (instytucji)

Samodzielne prowadzenie zabiegów odnowy biologicznej

Data.....

Pacjent (ew. grupa pacjentów).....

Wykonujący zabieg.....

Rodzaj wykonywanego zabiegu.....

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu.....

.....

.....

.....

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.....

.....

.....

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

.....

.....

.....

.....

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

Wnioski z omówienia zajęć (redaguje je student po przeprowadzonych zajęciach):

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

Podpis opiekuna praktyk w placówce (instytucji)

Samodzielne prowadzenie zabiegów odnowy biologicznej

Data.....

Pacjent (ew. grupa pacjentów).....

Wykonujący zabieg.....

Rodzaj wykonywanego zabiegu.....

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu.....

.....

.....

.....

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.....

.....

.....

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

.....

.....

.....

.....

EU4. Umiejętności: Student obserwuje, dokumentuje i samodzielnie prowadzi postępowanie odnawiające dla poszczególnych grup klientów.

Obserwacja prowadzonych zabiegów odnowy biologicznej (asysta, prowadzenie zabiegu pod nadzorem opiekuna praktyk z ramienia zakładu pracy)

Data.....

Pacjent (ew. grupa pacjentów).....

Wykonujący zabieg.....

Rodzaj wykonywanego zabiegu.....

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu.....

.....

.....

.....

.....

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.....

.....

.....

.....

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

.....

.....

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

Wnioski z omówienia zajęć (redaguje je student po przeprowadzonych zajęciach):

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

Podpis opiekuna praktyk w placówce (instytucji)

Samodzielne prowadzenie zabiegów odnowy biologicznej

Data.....

Pacjent (ew. grupa pacjentów).....

Wykonujący zabieg.....

Rodzaj wykonywanego zabiegu.....

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu.....

.....

.....

.....

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.....

.....

.....

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

.....

.....

.....

.....

