



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauk Medycznych – Kierunek Fizjoterapia
Studia I stopnia - licencjackie

.....
(pieczętka uczelni)

Warszawa, dnia

Dzienniczek realizacji ćwiczeń klinicznych w semestrze V

Imię i nazwisko studenta/ki.....

Nr albumu rok akad. tryb studiów.....

Miejsce realizacji ćwiczeń (nazwa i adres zakładu pracy):

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

.....
(pieczętka zakładu pracy)

Zaliczam ćwiczenia kliniczne w zakresie fizjoterapii klinicznej w schorzeniach narządu ruchu i narządów wewnętrznych w wymiarzegodzin.

Data

(pieczętka i podpis Koordynatora)

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa

Dziekanat 662 215 628 dziekanat@wsmw.edu.pl, Kwestura 662 215 734 kwestura@wsmw.edu.pl



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauk Medycznych – Kierunek Fizjoterapia
Studia I stopnia - licencjackie

KARTA REALIZACJI ĆWICZEŃ KLINICZNYCH
w zakresie fizjoterapii klinicznej w kardiologii i pulmonologii
w wymiarze 20 godz. lekcyjnych / 15 g. zegarowych = 2 dni po 7,5 g./

Dzień pracy data	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ocena:

.....
pieczęć i podpis opiekuna ćwiczeń

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa

Dziekanat 662 215 628 dziekanat@wsmw.edu.pl, Kwestura 662 215 734 kwestura@wsmw.edu.pl



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauk Medycznych – Kierunek Fizjoterapia
Studia I stopnia - licencjackie

KARTA REALIZACJI ĆWICZEŃ KLINICZNYCH
w zakresie fizjoterapii klinicznej w geriatrici i opiece paliatywnej
w wymiarze 20 godz. lekcyjnych / 15 g. zegarowych = 2 dni po 7,5 g./

Dzień pracy data	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ocena:

.....
pieczęć i podpis opiekuna ćwiczeń

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauk Medycznych – Kierunek Fizjoterapia
Studia I stopnia - licencjackie

KARTA REALIZACJI ĆWICZEŃ KLINICZNYCH
w zakresie fizjoterapii klinicznej w pediatrii i neurologii dziecięcej
w wymiarze 20 godz. lekcyjnych / 15 g. zegarowych = 2 dni po 7,5 g /

Dzień pracy data	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ocena:

.....
pieczęć i podpis opiekuna ćwiczeń

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa

Dziekanat 662 215 628 dziekanat@wsmw.edu.pl, Kwestura 662 215 734 kwestura@wsmw.edu.pl



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauk Medycznych – Kierunek Fizjoterapia
Studia I stopnia - licencjackie

Check – lista zaliczania ćwiczeń klinicznych:	tak	nie
1/ Potwierdzam realizację programu ćwiczeń klinicznych w zakresie: kardiologii i pulmonologii		
2/ Potwierdzam realizację godzin dydaktycznych w wymiarze: 20 godz.		
3/ Potwierdzono właściwe przygotowanie studenta/teki do realizacji ćwiczeń klinicznych		
4/ Potwierdzam właściwy kontakt studenta/teki z pacjentami i personelem medycznym.		
5/ Potwierdzam dbałość studenta/teki o powierzony do pracy sprzęt		
6/ Potwierdzam realizację wskazanych w efektów kształcenia: <i>FIZJ2P_W36 - potrafi wymieni i interpretować zasady doboru funkcjonalnych badań diagnostycznych oraz kontrolowania efektywności procesu rehabilitacji medycznej osób z różnymi dysfunkcjami i różnymi</i> <i>FIZJ2P_U06 - potrafi przeprowadzać badania funkcjonalne narządu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badania wydolnościowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania odpowiednich metod terapeutycznych</i> <i>FIZJ2P_U15 - potrafi przeprowadzić rozpoznanie różnicowe w oparciu o analizę danych z badań dla potrzeb fizjoterapii</i> <i>FIZJ2P_K08 - przestrzega tajemnicy dotyczącej stanu pacjenta, przebiegu fizjoterapii oraz wszelkich praw pacjenta</i>		

Data:.....

.....

**Pieczętka imienna z nr PWZFz
i podpis opiekuna ćwiczeń**

Akceptacja Koordynatora ćwiczeń klinicznych MUM:

Data:.....

.....

Pieczętka i podpis Koordynatora

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauk Medycznych – Kierunek Fizjoterapia
Studia I stopnia - licencjackie

Check – lista zaliczania ćwiczeń klinicznych:	tak	nie
1/ Potwierdzam realizację programu ćwiczeń klinicznych w zakresie: geriatric i opieki paliatywnej		
2/ Potwierdzam realizację godzin dydaktycznych w wymiarze: 20 godz.		
3/ Potwierdzono właściwe przygotowanie studenta/teki do realizacji ćwiczeń klinicznych		
4/ Potwierdzam właściwy kontakt studenta/teki z pacjentami i personelem medycznym.		
5/ Potwierdzam dbałość studenta/teki o powierzony do pracy sprzęt		
6/ Potwierdzam realizację wskazanych w efektów kształcenia: <i>FIZJ2P_W36 - potrafi wymienić i interpretować zasady doboru funkcjonalnych badań diagnostycznych oraz kontrolowania efektywności procesu rehabilitacji medycznej osób z różnymi dysfunkcjami i różnymi FIZJ2P_U06 - potrafi przeprowadzać badania funkcjonalne narządu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badania wydolnościowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania odpowiednich metod terapeutycznych</i> <i>FIZJ2P_U15 - potrafi przeprowadzić rozpoznanie różnicowe w oparciu o analizę danych z badań dla potrzeb fizjoterapii</i> <i>FIZJ2P_K08 - przestrzega tajemnicy dotyczącej stanu pacjenta, przebiegu fizjoterapii oraz wszelkich praw pacjenta</i>		

Data:.....

.....

**Pieczętka imienna z nr PWZFz
i podpis opiekuna ćwiczeń**

Akceptacja Koordynatora ćwiczeń klinicznych MUM:

Data:.....

.....

Pieczętka i podpis Koordynatora

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauk Medycznych – Kierunek Fizjoterapia
Studia I stopnia - licencjackie

Check – lista zaliczania ćwiczeń klinicznych:	tak	nie
1/ Potwierdzam realizację programu ćwiczeń klinicznych w zakresie: pediatrii i neurologii dziecięcej		
2/ Potwierdzam realizację godzin dydaktycznych w wymiarze: 20 godz.		
3/ Potwierdzono właściwe przygotowanie studenta/teki do realizacji ćwiczeń klinicznych		
4/ Potwierdzam właściwy kontakt studenta/teki z pacjentami i personelem medycznym.		
5/ Potwierdzam dbałość studenta/teki o powierzony do pracy sprzęt		
6/ Potwierdzam realizację wskazanych w efektów kształcenia: FIZJ2P_W36 - potrafi wymieni i interpretować zasady doboru funkcjonalnych badań diagnostycznych oraz kontrolowania efektywności procesu rehabilitacji medycznej osób z różnymi dysfunkcjami i różnymi FIZJ2P_U06 - potrafi przeprowadzać badania funkcjonalne narządu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badania wydolnościowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania odpowiednich metod terapeutycznych FIZJ2P_U15 - potrafi przeprowadzić rozpoznanie różnicowe w oparciu o analizę danych z badań dla potrzeb fizjoterapii FIZJ2P_K08 - przestrzega tajemnicy dotyczącej stanu pacjenta, przebiegu fizjoterapii oraz wszelkich praw pacjenta		

Data:.....

.....

Pieczętka imienna z nr PWZFz
i podpis opiekuna ćwiczeń

Akceptacja Koordynatora ćwiczeń klinicznych MUM:

Data:.....

.....

Pieczętka i podpis Koordynatora

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie
ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa