

INSTYTUT ZDROWIA I KULTURY FIZYCZNEJ, ul. Mickiewicza 5, 64-100 Leszno, tel. 65 5250151, 65 5287874

Arkusz wyboru u i oceny placówki dla realizacji praktyk dla studentów kierunku: FIZJOTERAPIA

Nazwa i adres placówki: …………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………… ……………………………….

 (pieczątka placówki)

 Imię i nazwisko opiekuna praktyk:………………………………………………………………………………………………………………

 Prawo wykonywania zawodu opiekuna (numer, data wydania)………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Kryterium oceny | Ocena |
| 1 | Kwalifikacje opiekuna praktyk: magister fizjoterapii z minimum 5-letnim stażem pracy | TAK / NIE |
| 2 | Placówka świadczy zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach umowy z NFZ umożliwiające realizację efektów kształcenia dla realizowanej praktyki | TAK / NIE |
| 3 | Placówka posiada gabinety kinezyterapii | TAK / NIE |
| 4 | Placówka posiada gabinety fizykoterapii | TAK / NIE |
| 5 | Placówka posiada gabinet masażu leczniczego | TAK / NIE |
| 6 | W placówce realizowana jest fizjoterapia: * dorosłych
* dzieci
* pacjentów ambulatoryjnych
* pacjentów hospitalizowanych
 | TAK / NIETAK / NIETAK / NIETAK / NIE |
| 7 | W placówce realizowana jest fizjoterapia dla schorzeń:* dysfunkcje narządu ruchu
* choroby wewnętrzne
* choroby, zaburzenia w wieku rozwojowym
 | TAK / NIETAK / NIETAK / NIE |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym ………………………………………………

(Podpis Opiekuna)

DECYZJA

Opiniowana placówka **spełnia / nie spełnia\*** kryteria realizacji praktyk Instytutu Zdrowia i Kultury Fizycznej ANS im. Jana Amosa Komeńskiego w Lesznie kierunku: Fizjoterapia ( \*niepotrzebne skreślić)

…………………………………………………………

Podpis Opiekuna Praktyk- IZiKF