

Arkusz wyboru i oceny placówki dla realizacji praktyk dla studentów kierunku Fizjoterapia

Nazwa i adres placówki:

.....
(pieczęć 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 / NIE TAK / NIE TAK / NIE TAK / NIE
7	W placówce realizowana jest fizjoterapia dla schorzeń: - dysfunkcje narządu ruchu - choroby wewnętrzne - choroby, zaburzenia w wieku rozwojowym	TAK / NIE TAK / NIE TAK / 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 Dyrektora/Opiekuna Praktyk- IZiKF