

## 1. PRAWIDŁOWE WYPEŁNIENIE DZIENNICZKA:

ODDZIAŁ:	<b>PRAKTYKA ASYSTENCKA ODDZIAŁ: ORTOPEDIA, NEUROLOGIA...</b>
Data/liczba zrealizowanych godzin	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności
<b>29.09.2022</b> <b>8 H (lekcyjnych)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. METRYCZKA<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>INICJAŁY,</b></li><li>• <b>WIEK,</b></li><li>• <b>PŁEĆ</b></li><li>• <b>WZROST,</b></li><li>• <b>MASA,</b></li><li>• <b>CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE.</b></li></ul></li><li>2. DYSFUNKCJA<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>GŁÓWNA JEDNOSTKA CHOROBY,</b></li><li>• <b>OKOLICA ZABIEGOWA,</b></li><li>• <b>RODZAJ PRACY LUB AKTYWNOŚCI,</b></li><li>• <b>BADANIA OBRAZOWE I DOTYCHCZASOWE KONSULTACJE,</b></li></ul></li><li>3. OCENA FUNKCJONALNA<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ZAKRESY RUCHÓW,</b></li><li>• <b>SIŁA MIĘŚNIOWA,</b></li></ul></li><li>4. SZCZEGÓŁOWY PLAN TERAPII (OPIS)<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>WYKONYWANE ZABIEGI: NAZWA ZABIEGU, CZAS, PARAMETRY,</b></li><li>• <b>NAZWA I OPIS WYKONYWANYCH ĆWICZEŃ.</b></li></ul></li></ol>

.....  
(data, pieczęć i podpis opiekuna)

--	--

.....

(data, pieczęć i podpis opiekuna)