

Súhlas zdravotníckeho zariadenia
s absolvovaním povinnej letnej odbornej praxe
poslucháča/poslucháčky 2. roku FZV v individuálne vybratom
pracovisku

Meno poslucháča / poslucháčky:

Rodné číslo:/.....

Ročník: 2.

Štúdium denné / externé

Názov zdravotníckeho zariadenia:

.....

Súhlasíme s tým, aby vyššie menovaný poslucháč / poslucháčka FZV absolvoval(a) odbornú prax v našom zariadení, v ktorom sa vykonáva (vyznačte v zozname):

- Objektívne vyšetrenie – aspekcia, antropometrické vyšetrenie, SFTR, merania pohyblivosti chrbtice, hypermobilita
- Individuálna fyzioterapia-polohovanie, vertikalizácia, nácvik chôdze, transfery, dýchacia a cievna gymnastika, kondičné cvičenia, pasívne pohyby, aktívne cvičenie
- Skupinová fyzioterapia
- Fyzioterapia v neurológii
- Fyzioterapia v ortopédii
- Fyzioterapia v reumatológii
- Fyzioterapia v geriatrii
- Fyzioterapia v internej medicíne
- Hydrokineziterapia
- Aplikácia termoterapie
- Aplikácia hydroterapie
- Aplikácia mechanoterapie
- Aplikácia fototerapie

Prax v trvaní 200 študentohodín absolvuje poslucháč(ka) FZV v čase:

od do

Dátum:

Podpis lekárskeho riaditeľa / primára oddelenia: