

Súhlas zdravotníckeho zariadenia  
s absolvovaním povinnej letnej odbornej praxe  
poslucháča / poslucháčky 3. roku FZV v individuálne vybratom  
pracovisku

Meno poslucháča / poslucháčky: .....

Rodné číslo:...../..... Ročník: 3. Štúdium: 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 neurologii
- Fyzioterapia v ortopedii
- Fyzioterapia v reumatologii
- Fyzioterapia v geriatrii
- Fyzioterapia v internej medicíne
- Fyzioterapia v pediatrii
- Fyzioterapia v gynekológii
- Hydrokineziterapia
- Aplikácia termoterapie
- Aplikácia hydroterapie
- Aplikácia mechanoterapie
- Aplikácia fototerapie
- Aplikácia elektroterapie
- Aplikácia balneoterapie
- Aplikácia inhalačnej terapie

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

od ..... do .....

Dátum:.....

Podpis lekárskeho riaditeľa / primára oddelenia: .....