

PLAN PRAKTYK

Rok	Semestr	Zakres praktyki	Liczba godzin kontaktowych	Łącznie godzin w roku
I	I	Konwencjonalna /cyfrowa pracownia rentgenodiagnostyki	100	480
	II	Konwencjonalna /cyfrowa pracownia rentgenodiagnostyki	300	
	II	Diagnostyka elektromedyczna w kardiologii	80	
II	III	Ultrasonografia / Echokardiografia	50	475
	III / IV	Pracownia tomografii komputerowej	225	
	IV	Spirometria / Polisomnografia	50	
	IV	Angiografia	100	
	IV	Mammografia	50	
III	V	Pracownia radioterapii	100	325
	VI	Diagnostyka elektromedyczna w neurologii / Diagnostyka elektromedyczna w audiologii	50	
	VI	Pracownia rezonansu magnetycznego	175	

ROK / SEMESTR:.....

NAZWISKO.....

IMIĘ.....

DATA ODBYCIA PRAKTYKI.....

ROK	
SEMESTR	
RODZAJ PRAKTYKI	
ILOŚĆ GODZIN	
ZAKRES PRAKTYKI	
CELE KSZTAŁCENIA	
ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI	
DATA	(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki, w której praktyka była realizowana)

Opinia opiekuna praktyki:

.....

.....

.....

.....

.....

MIEJSCE PRAKTYKI	(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)
-------------------------	---

Praktyki zatwierdził:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć imienna kierownika praktyk)