Karkonoska Akademia Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze

*Wydział Nauk Medycznych i Technicznych*

ul. Lwówecka 18, 58-503 Jelenia Góra

tel. (075) 645 33 32, (075) 645 33 30 e-mail: dziekanatWNMiT@kans.pl

SKIEROWANIE NA PRAKTYKI ZAWODOWE

studentki/-a studiów stacjonarnych pierwszego stopnia kierunku **DIETETYKA**

w zakresie: **Psychodietetyka z elementami coachingu**

Proszę o przyjęcie mnie studentki/a

roku **III** semestru **6** roku akademickiego 202…/202.…, posiadającej/-ego nr albumu: ,

na praktykę zawodową do:

………………………………………………………………………………………………………………………

*miejsce praktyki (Zakład/Instytucja/Firma)*

Termin realizacji praktyki: od …… 202…. r. do …… 202 r.

Liczba dni rozliczeniowych: ………..

**Praktyka w szpitalu dla dorosłych - realizowana w: oddziałach szpitalnych dla dorosłych lub w zakładach opiekuńczo-leczniczych/zakładach opiekuńczych - 180 godzin (4,5 tygodnia)**

|  |
| --- |
| **Efekt uczenia się** |
| **EU1** | Student posiada wiedzę w zakresie struktury organizacyjnej placówki, organizacji żywienia na terenie jednostki oraz metod oceny stanu odżywienia pacjentów hospitalizowanych w oddziałachszpitalnych. |
| **EU2** | Zna klasyfikację i charakterystykę diet leczniczych, ma wiedzę z zakresu metod i sposobów prowadzenia wywiadu żywieniowego, zna podstawy teoretyczne planowania leczenia dietetycznegooraz bilansowania jadłospisów w wybranych chorobach dietozależnych. |
| **EU3** | Student potrafi zaplanować i przeprowadzić edukację żywieniową wśród pacjentówhospitalizowanych w oddziale. |
| **EU4** | Student ma świadomość sumiennego, aktywnego u udziału i zdyscyplinowania w pracy indywidualnej oraz grupowej wykazując odpowiednie współdziałanie zarówno jako członek jak i lider zespołu. Rozumie potrzebę dokształcania i aktualizowania swojej wiedzy oraz doskonaleniaumiejętności z zakresu realizowanej praktyki. |

Wyrażamy zgodę na przyjęcie skierowanej/-ego studentki/-a na praktykę zawodową (programową). Opiekunem z ramienia Placówki będzie…………………………………………………………………

…………………………………………

Pieczęć i podpis przedstawiciela zakładu

Potwierdzenie złożenia dokumentu

……………………………..

Dziekanat WNMiT