

**DZIENNICZEK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Numer albumu** |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Miejsce praktyk** |  |
| **Termin odbycia praktyk** |  |
| **Opinia Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji** |  |

**ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA**

|  |
| --- |
| **Wiedza:** |
| W\_01 | Ma wiedzę z wybranych zagadnień z zakresu psychopatologii w aspekcie diagnozy różnicowej oraz strukturalno-funkcjonalnej. |
| W\_02 | Zna wymagani i oczekiwania wobec psychologa wspierającego proces edukacji i rozwoju. |
| **Umiejętności:** |
| U\_01 | Potrafi nawiązać i podtrzymać kontakt z osobą, która potrzebuje pomocy i wsparcia. |
| U\_02 | Umie stosować podstawowe metody pomocy psychologicznej w pracy z pacjentem, jego rodziną oraz grupą. |
| U\_03 | Potrafi zbierać i przetwarzać informacje potrzebne do prowadzenia przypadku w danej placówce (obserwacja, wywiad, korzystanie z informacji zastanych, zasady prowadzenia dokumentacji). |
| U\_04 | Potrafi przeprowadzić badanie diagnostyczne w obszarze szeroko rozumianej diagnostyki psychologicznej z zastosowaniem wybranych metod i narzędzi diagnostycznych. |
| U\_05 | Potrafi interpretować i integrować wyniki przeprowadzonych badań uwzględniając różnicemiędzyosobnicze i wewnątrz-osobnicze oraz kliniczny i statystyczny sposób wnioskowania |
| U\_06 | Potrafi opracować raport z badań dla celów szeroko rozumianej opieki zdrowotnej. |
| U\_07 | Potrafi konstruować indywidualny planu pomocy/postępowania, programu profilaktycznego lub psychoedukacyjnego. |
| **Kompetencje społeczne:** |
| K\_01 | Jest świadomy podstawowych zasad udzielania pomocy psychologicznej. |
| K\_02 | Potrafi pracować w zespole i jest za tę pracę odpowiedzialny. |

**Realizacja praktyk zawodowych wraz z weryfikacją efektów uczenia się**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Wykonywane czynności** | **Osiągnięte efekty** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………….. ……………………………………

 (podpis Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji) (podpis Koordynatora ds. praktyk zawodowych)