

UCHWAŁA NR 588/I KRF
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW

z dnia 13 kwietnia 2021 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie przeszkolenia fizjoterapeutów po przerwie
w wykonywaniu zawodu**

Na podstawie art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553) uchwała się, co następuje:

§ 1. W uchwale nr 453/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 11 lutego 2020 r. w sprawie przeszkolenia fizjoterapeuty po przerwie w wykonywaniu zawodu wprowadza się następujące zmiany:

1) dodaje się § 3a w brzmieniu:

„§ 3a. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii fizjoterapeuta powracający do wykonywania zawodu składa do Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów zawiadomienie o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu zawierające informacje o czasie trwania przerwy oraz oświadczenie o konieczności wykonywania zawodu przez pierwsze 3 miesiące pod nadzorem wskazanego fizjoterapeuty. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 3 do uchwały.”;

2) w załączniku nr 1 część II otrzymuje brzmienie:

„II. Czas trwania przeszkolenia

1. Przeszkolenie wstępne rozpoczyna się od dnia nadania dostępu do platformy e-learningu.
2. Przeszkolenie wstępne kończy się zaliczeniem części teoretycznej przeszkolenia w postaci testu jednokrotnego wyboru przeprowadzanym nie później niż po 14 dniach od dnia nadania dostępu do platformy e-learningu. Możliwe jest 3-krotne podejście do testu.
3. Zaliczenie testu umożliwia rozpoczęcie przeszkolenia praktycznego, które w zależności od długości okresu niewykonywania zawodu, wynosi:
 - 1) 3 miesiące – w przypadku, gdy okres niewykonywania zawodu wynosi do 10 lat;
 - 2) 4 miesiące – w przypadku, gdy okres niewykonywania zawodu wynosi powyżej 10 do 15 lat;

- 3) 5 miesięcy – w przypadku, gdy okres niewykonywania zawodu wynosi powyżej 15 do 20 lat;
 - 4) 6 miesięcy – w przypadku, gdy okres niewykonywania zawodu wynosi powyżej 20 lat.”;
-
- 3) załączniki nr 1–3 do Ramowego programu przeszkolenia fizjoterapeutów otrzymują brzmienie określone w załączniku nr 1 do uchwały;
 - 4) załącznik nr 2 do uchwały otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszej uchwały;
 - 5) dodaje się załącznik nr 3 do uchwały w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes

Krajowej Rady Fizjoterapeutów

dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

WZÓR

Warszawa, dnia

.....
(Imię i nazwisko
fizjoterapeuty odbywającego
przeszkolenie)

.....
(Numer PWZFz)

**KARTA PRZESZKOLENIA FIZJOTERAPEUTY
Z TYTUŁEM TECHNIKA LUB LICENCJATA**

Lp.	Zakres nabytych umiejętności	Podpis Opiekuna
1.	Diagnostyka funkcjonalna pacjenta (np. ocena lokomocji, ocena samoobsługi, ocena sprawności manualnej, ocena funkcjonalna kręgosłupa i miednicy, ocena równowagi i stabilności ciała, ocena czynnościowa w zakresie wspomagania funkcjonalnego i lokomocji przy pomocy wyrobów medycznych, ocena siły mięśniowej, ocena napięcia mięśniowego z użyciem technik manualnych i obserwacji, ocena napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej, ocena elastyczności mięśni, badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem technik manualnych oraz goniometrów, pomiary obwodów części ciała oraz pomiary długości kończyn, przeprowadzanie klinicznych testów czynnościowych narządu ruchu oraz sprawności motorycznej niezbędnych do monitorowania procesu fizjoterapii, ocena rozwoju motorycznego, pomiary poszczególnych cech motorycznych, ocena natężenia bólu)	
2.	Kwalifikowanie¹⁾ i planowanie masażu	
3.	Planowanie fizykoterapii	
4.	Planowanie kinezyterapii	
5.	Prowadzenie zabiegów z zakresu fizykoterapii (np. zabiegi z zakresu elektroterapii, zabiegi z zakresu światłolecznictwa, zabiegi z zakresu hydroterapii, zabiegi wykorzystujące drgania mechaniczne, zabiegi z zakresu ciepłolecznictwa, zabiegi z zakresu zimnolecznictwa, zabiegi z zakresu balneologii, zabiegi wykorzystujące pole elektromagnetyczne, zabiegi inhalacji)	
6.	Prowadzenie zabiegów z zakresu kinezyterapii (np. prowadzenie kinezyterapii indywidualnej i grupowej, prowadzenie kinezyterapii w oparciu o metody specjalne)	

¹⁾ Dotyczy osób, które spełniają wymogi określone w art. 4 ust. 4 pkt 3 albo 4 ustawy.

7.	Prowadzenie zabiegów z zakresu masażu (np. masaż z zastosowaniem technik ręcznych, masaż z zastosowaniem urządzeń mechanicznych)	
8.	Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych (dobór wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania)	
9.	Nauczanie pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi (np. ćwiczenia używania protez i ortez niezbędnych w procesie usprawniania, nauka korzystania z innych wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania)	
10.	Nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności (np. nauczanie mechanizmów kompensacyjno-adaptacyjnych oraz zasad ergonomii funkcjonowania ciała człowieka)	
Data rozpoczęcia przeszkolenia:		Data zakończenia przeszkolenia:

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Opiekuna części praktycznej przeszkolenia zawodowego²⁾)

.....
[oznaczenie podmiotu leczniczego³⁾]

.....
(podpis Kierownika podmiotu leczniczego)

²⁾ Podpis musi być czytelny z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

³⁾ Należy podać nazwę oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego.

WZÓR

Warszawa, dnia

.....
(Imię i nazwisko
fizjoterapeuty odbywającego
przeszkolenie)

.....
(Numer PWZFz)

**KARTA PRZESZKOLENIA FIZJOTERAPEUTY
Z TYTUŁEM MAGISTRA**

Lp.	Zakres nabytych umiejętności	Podpis Opiekuna
1a.	Diagnostyka funkcjonalna pacjenta – poziom podstawowy (np. ocena lokomocji, ocena samoobsługi, ocena sprawności manualnej, ocena funkcjonalna kręgosłupa i miednicy, ocena równowagi i stabilności ciała, ocena czynnościowa w zakresie wspomaganie funkcjonalnego i lokomocji przy pomocy wyrobów medycznych, ocena siły mięśniowej, ocena napięcia mięśniowego z użyciem technik manualnych i obserwacji, ocena napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej, ocena elastyczności mięśni, badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem technik manualnych oraz goniometrów, pomiary obwodów części ciała oraz pomiary długości kończyn, przeprowadzanie klinicznych testów czynnościowych narządu ruchu oraz sprawności motorycznej niezbędnych do monitorowania procesu fizjoterapii, ocena rozwoju motorycznego, pomiary poszczególnych cech motorycznych, ocena natężenia bólu)	
1b.	Diagnostyka funkcjonalna pacjenta – poziom rozszerzony (np. pomiary antropometryczne, ocena napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej, badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem aparatury diagnostycznej, przeprowadzanie testów wydolnościowych, elektrodiagnostyka – diagnostyka przewodnictwa i pobudliwości mięśni z zastosowaniem elektrod powierzchniowych)	
2.	Kwalifikowanie¹⁾ i planowanie fizykoterapii	
3.	Kwalifikowanie¹⁾ i planowanie kinezyterapii	
4.	Kwalifikowanie¹⁾ i planowanie masażu	
5.	Prowadzenie zabiegów z zakresu fizykoterapii (np. zabiegi z zakresu elektroterapii, zabiegi z zakresu światłolecznictwa, zabiegi z zakresu hydroterapii, zabiegi wykorzystujące drgania mechaniczne, zabiegi z zakresu ciepłolecznictwa, zabiegi z zakresu zimnolecznictwa, zabiegi z zakresu balneologii, zabiegi wykorzystujące pole elektromagnetyczne, zabiegi inhalacji)	
6.	Prowadzenie zabiegów z zakresu kinezyterapii	

¹⁾ Dotyczy osób spełniających wymogi określone w art. 4 ust. 4 pkt 1 albo 2 ustawy.

	(np. prowadzenie kinezyterapii indywidualnej i grupowej, prowadzenie kinezyterapii w oparciu o metody specjalne)	
7.	Prowadzenie zabiegów z zakresu masażu (np. masaż z zastosowaniem technik ręcznych, masaż z zastosowaniem urządzeń mechanicznych)	
8.	Zlecanie wyrobów medycznych (zlecanie zaopatrzenia w wyroby medyczne produkowane seryjnie niezbędne w procesie usprawniania, zgodnie z zakresem określonym w przepisach, o których mowa w art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy)	
9.	Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych (dobór wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania)	
10.	Nauczanie pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi (np. ćwiczenia używania protez i ortez niezbędnych w procesie usprawniania, nauka korzystania z innych wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania)	
11.	Prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej (prowadzenie profilaktyki poprzez kontrolowanie czynników ryzyka powstawania chorób)	
12.	Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii (np. wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii, wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do przebiegu procesu fizjoterapii)	
13.	Nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności (np. nauczanie mechanizmów kompensacyjno-adaptacyjnych oraz zasad ergonomii funkcjonowania ciała człowieka)	
Data rozpoczęcia przeszkolenia:		Data zakończenia przeszkolenia:

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Opiekuna części praktycznej przeszkolenia zawodowego²⁾)

.....
[oznaczenie podmiotu leczniczego³⁾]

.....
(podpis Kierownika podmiotu leczniczego)

²⁾ Podpis musi być czytelny z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

³⁾ Należy podać nazwę oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego.

WZÓR

Warszawa, dnia

.....
(Imię i nazwisko
fizjoterapeuty odbywającego
przeszkolenie)

.....
(Numer PWZFz)

**KARTA PRZESZKOLENIA FIZJOTERAPEUTY
Z TYTUŁEM SPECJALISTY**

Lp.	Zakres nabytych umiejętności	Podpis Opiekuna
1a.	Diagnostyka funkcjonalna pacjenta – poziom podstawowy (np. ocena lokomocji, ocena samoobsługi, ocena sprawności manualnej, ocena funkcjonalna kręgosłupa i miednicy, ocena równowagi i stabilności ciała, ocena czynnościowa w zakresie wspomaganie funkcjonalnego i lokomocji przy pomocy wyrobów medycznych, ocena siły mięśniowej, ocena napięcia mięśniowego z użyciem technik manualnych i obserwacji, ocena napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej, ocena elastyczności mięśni, badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem technik manualnych oraz goniometrów, pomiary obwodów części ciała oraz pomiary długości kończyn, przeprowadzanie klinicznych testów czynnościowych narządu ruchu oraz sprawności motorycznej niezbędnych do monitorowania procesu fizjoterapii, ocena rozwoju motorycznego, pomiary poszczególnych cech motorycznych, ocena natężenia bólu)	
1b.	Diagnostyka funkcjonalna pacjenta – poziom rozszerzony (np. pomiary antropometryczne, ocena napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej, badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem aparatury diagnostycznej, przeprowadzanie testów wydolnościowych, elektrodiagnostyka – diagnostyka przewodnictwa i pobudliwości mięśni z zastosowaniem elektrod powierzchniowych)	
1c.	Diagnostyka funkcjonalna pacjenta – poziom specjalistyczny (ocena stanu neuromotorycznego w zakresie fazowości działania mięśni i wykonania badania EMG)	
2.	Kwalifikowanie i planowanie fizykoterapii	
3.	Kwalifikowanie i planowanie kinezyterapii	
4.	Kwalifikowanie i planowanie masażu	

8a.	Prowadzenie zabiegów z zakresu fizykoterapii – poziom podstawowy (np. zabiegi z zakresu elektroterapii, zabiegi z zakresu światłolecznictwa, zabiegi z zakresu hydroterapii, zabiegi wykorzystujące drgania mechaniczne, zabiegi z zakresu ciepłolecznictwa, zabiegi z zakresu zimnolecznictwa, zabiegi z zakresu balneologii, zabiegi wykorzystujące pole elektromagnetyczne, zabiegi inhalacji)	
8b.	Prowadzenie zabiegów z zakresu fizykoterapii – poziom specjalistyczny (nadzór nad wykonywaniem procedur z zakresu fizykoterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii)	
9a.	Prowadzenie zabiegów z zakresu kinezyterapii – poziom podstawowy (np. prowadzenie kinezyterapii indywidualnej i grupowej, prowadzenie kinezyterapii w oparciu o metody specjalne)	
9b.	Prowadzenie zabiegów z zakresu kinezyterapii – poziom specjalistyczny (nadzór nad wykonywaniem procedur z zakresu kinezyterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii)	
10a.	Prowadzenie zabiegów z zakresu masażu – poziom podstawowy (np. masaż z zastosowaniem technik ręcznych, masaż z zastosowaniem urządzeń mechanicznych)	
10b.	Prowadzenie zabiegów z zakresu masażu – poziom specjalistyczny (wykonywanie procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii)	
11.	Zlecanie wyrobów medycznych (zlecanie zaopatrzenia w wyroby medyczne produkowane seryjnie niezbędne w procesie usprawniania, zgodnie z zakresem określonym w przepisach, o których mowa w art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy)	
12.	Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych (dobór wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania)	
13.	Nauczanie pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi (np. ćwiczenia używania protez i ortez niezbędnych w procesie usprawniania, nauka korzystania z innych wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania)	
14.	Prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej (prowadzenie profilaktyki poprzez kontrolowanie czynników ryzyka powstawania chorób)	
15.	Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii (np. wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii, wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do przebiegu procesu fizjoterapii)	
16.	Nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności (np. nauczanie mechanizmów kompensacyjno-adaptacyjnych oraz zasad ergonomii funkcjonowania ciała człowieka)	

Data rozpoczęcia przeszkolenia:		Data zakończenia przeszkolenia:	
--	--	--	--

.....
(*miejsowość i data*)

.....
(*podpis Opiekuna części praktycznej
przeszkolenia zawodowego²⁾*)

.....
[*oznaczenie podmiotu leczniczego³⁾*]

.....
(*podpis Kierownika podmiotu leczniczego*)

²⁾ Podpis musi być czytelny z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

³⁾ Należy podać nazwę oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego.

WZÓR

ZAWIADOMIENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU

.....
(Imię i nazwisko fizjoterapeuty
powracającego do
wykonywania zawodu)

.....
(Numer PWZFz)

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
Plac St. Małachowskiego 2
00-066 Warszawa

W związku z zamiarem podjęcia wykonywania zawodu wnoszę o określenie, zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, warunków przeszkolenia. Przerwa w wykonywaniu przeze mnie zawodu wynosi lat miesięcy, tj. od r.

Okres wykonywania zawodu wynosi ogółem lat miesięcy.

.....
(data i podpis fizjoterapeuty powracającego
do wykonywania zawodu)

Zgoda kierownika podmiotu leczniczego na odbycie przeszkolenia w tym podmiocie leczniczym.

.....
[oznaczenie podmiotu leczniczego¹⁾]

.....
(data i podpis Kierownika podmiotu leczniczego)

¹⁾ Należy podać nazwę oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego.

**ZAKRES OBOWIĄZKÓW
OPIEKUNA PRZESZKOLENIA PRAKTYCZNEGO**

.....
(imię i nazwisko oraz numer PWZFz opiekuna przeszkolenia praktycznego)

.....
.....
(nazwa i adres oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

Opiekun jest odpowiedzialny za realizację przez fizjoterapeutę programu przeszkolenia cząstkowego zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz Kodeksem Etyki Zawodowej Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej.

Do obowiązków opiekuna przeszkolenia należy w szczególności:

- 1) zapoznanie fizjoterapeuty z organizacją podmiotu leczniczego oraz jednostkami lub komórkami organizacyjnymi;
- 2) ustalenie szczegółowego planu i harmonogramu przeszkolenia cząstkowego i nadzór nad jego realizacją;
- 3) zapewnienie warunków do realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez fizjoterapeutę;
- 4) nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez fizjoterapeutę;
- 5) wykonywanie wspólnie z fizjoterapeutą świadczeń z zakresu fizjoterapii o podwyższonym ryzyku dla pacjent;
- 6) nadzorowanie prowadzenia przez fizjoterapeutę obowiązującej dokumentacji medycznej, w tym dokumentowania badania funkcjonalnego i w zakresie prowadzonej fizjoterapii;
- 7) zapewnienie opieki i doradztwa fachowego dla fizjoterapeuty;
- 8) kierowanie procesem samokształcenia fizjoterapeuty;
- 9) zweryfikowanie oraz ocena nabytych w czasie trwania przeszkolenia umiejętności praktycznych;
- 10) zaliczenie przeszkolenia cząstkowego.

Przyjmuję do wiadomości i stosowania

.....
(data i podpis opiekuna przeszkolenia)

Administratorem danych osobowych jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie (00-066) przy Placu St. Małachowskiego 2, która przetwarza Pani/Pana dane w ramach realizacji programu szkolenia cząstkowego. Pełna treść klauzuli wraz z informacją o przysługujących Panu/Pani prawach dostępna jest na stronie internetowej KIF. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych prosimy o kontakt z naszym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@kif.info.pl.

WZÓR

ZAWIADOMIENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU

.....
(Imię i nazwisko fizjoterapeuty
powracającego do wykonywania
zawodu)

.....
(Numer PWZFz)

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
Plac St. Małachowskiego 2
00-066 Warszawa

W związku z zamiarem podjęcia wykonywania zawodu, na podstawie art. 11 ust. 1a ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty informuję, że przerwa w wykonywaniu przeze mnie zawodu wynosi lat miesięcy, tj. od r.

Okres wykonywania zawodu wynosi ogółem lat miesięcy.

Jednocześnie oświadczam, że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu będę udzielał/-ła

świadczeń zdrowotnych pod nadzorem
(należy podać imię i nazwisko oraz PWZFz fizjoterapeuty nadzorującego)

w
(należy podać nazwę i adres oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

.....
(data i podpis fizjoterapeuty powracającego do
wykonywania zawodu)

.....
(data i podpis fizjoterapeuty nadzorującego)”