

UCHWAŁA NR 297/II KRF
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW

z dnia 27 lipca 2023 r.

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 2023 r. poz. 1213) uchwala się, co następuje:

§ 1. 1. Uchwała określa:

- 1) ramowy program przeszkolenia fizjoterapeutów po przerwie w wykonywaniu zawodu, zwanego dalej „przeszkoleniem”;
- 2) sposób i tryb odbywania przeszkolenia;
- 3) sposób i tryb zaliczenia przeszkolenia.

2. Sposób liczenia okresów niewykonywania zawodu fizjoterapeuty określa odrębna uchwała Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

§ 2. Krajowa Rada Fizjoterapeutów przyjmuje ramowy program przeszkolenia, który stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

§ 3. 1. Fizjoterapeuta powracający do wykonywania zawodu składa do Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów zawiadomienie o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu zawierające informacje o czasie trwania przerwy, zgodę kierownika podmiotu leczniczego na odbycie przeszkolenia w jego placówce oraz zakres obowiązków opiekuna przeszkolenia. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 2 do uchwały.

2. W przypadku, gdy w podmiocie leczniczym nie wykonuje się wszystkich rodzajów czynności zawodowych wymaganych programem przeszkolenia, możliwe jest odbycie przeszkolenia w więcej niż jednym podmiocie.

3. Krajowa Izba Fizjoterapeutów nie ponosi kosztów związanych z realizacją przeszkolenia.

§ 4. 1. Zawiadomienie, o którym mowa w § 3 ust. 1, podlega ocenie przez Biuro Krajowej Izby Fizjoterapeutów. W przypadku wątpliwości zawiadomienie podlega dodatkowo ocenie przez Zespół do spraw Ustawicznego Kształcenia Poddyplomowego Fizjoterapeutów.

2. Program przeszkolenia zawarty jest w karcie przeszkolenia.

§ 5. 1. Przeszkolenie można rozpocząć po potwierdzeniu przez Biuro Krajowej Izby Fizjoterapeutów otrzymania prawidłowo uzupełnionego zawiadomienia o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu, które wraz z informacją o wymiarze czasu przeszkolenia oraz kartą przeszkolenia, przesłane jest drogą mailową do fizjoterapeuty.

2. Wzór karty przeszkolenia fizjoterapeuty z tytułem technika lub licencjata stanowi załącznik nr 3 do uchwały.

3. Wzór karty przeszkolenia fizjoterapeuty z tytułem magistra stanowi załącznik nr 4 do uchwały.

4. Przeszkolenie realizowane powinno być faktycznie i nieprzerwanie w okresie ustalonym przez Biuro Krajowej Izby Fizjoterapeutów w wymiarze co najmniej 40 godzin miesięcznie.

§ 6. 1. Przeszkolenie zostaje pozytywnie zakończone po realizacji w podmiocie leczniczym w pełnym wymiarze okresu wskazanego przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów w porozumieniu z fizjoterapeutą.

2. Podstawą pozytywnego ukończenia przeszkolenia jest realizacja wszystkich umiejętności określonych w programie przeszkolenia oraz 100% obecności.

3. W przypadku nieobecności lub braku zaliczenia z poszczególnych czynności zawodowych fizjoterapeuta może wystąpić do Krajowej Izby Fizjoterapeutów z wnioskiem o przedłużenie okresu przeszkolenia.

§ 7. Po zakończeniu przeszkolenia fizjoterapeuta przekazuje do Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów wypełnioną kartę przeszkolenia oraz zawiadomienie o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu w oryginale drogą listowną lub osobiście.

§ 8. 1. Po pozytywnym zakończeniu przeszkolenia sporządzane jest zaświadczenie o odbytych przeszkoleniu, którego wzór stanowi załącznik nr 5.

2. Biuro Krajowej Izby Fizjoterapeutów prowadzi rejestr wydanych zaświadczeń.

3. Kopia zaświadczenia przechowywana jest w aktach fizjoterapeuty.

§ 9. Traci moc uchwała nr 453/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 11 lutego 2020 r. w sprawie przeszkolenia fizjoterapeuty po przerwie w wykonywaniu zawodu zmieniona uchwałą nr 588/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 13 kwietnia 2021 r.

§ 10. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą od dnia 1 lipca 2023 r.

**Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów**

Dr Tomasz Dybek

Ramowy program przeszkolenia

I. Zasady ogólne

1. Celem przeszkolenia jest odnowienie wiedzy i umiejętności praktycznych fizjoterapeutów powracających do wykonywania zawodu. W programie przeszkolenia uwzględnia się zakres czynności zawodowych oraz *Standardy kształcenia dla kierunku studiów: fizjoterapia – jednolite studia magisterskie*.
2. Czynności zawodowe fizjoterapeutów określono w art. 4 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213), zwanej dalej „ustawą”, oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1319).

II. Czas trwania przeszkolenia

1. Czas trwania przeszkolenia ustalany jest indywidualnie dla każdego fizjoterapeuty, na podstawie złożonego przez fizjoterapeutę do Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów zawiadomienia o zamiarze wykonywania zawodu po przerwie w wykonywaniu zawodu wskazującego okres przerwy w wykonywaniu zawodu.
2. W zależności od długości okresu niewykonywania zawodu, czas ten 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.

III. Ramowy program przeszkolenia po okresie beczynności zawodowej

1. Treści programu przeszkolenia

1. Przed realizacją przeszkolenia w podmiocie leczniczym fizjoterapeuta zobowiązany jest do zapoznania się z informacjami w ramach zagadnień teoretycznych, których znajomość jest niezbędna dla fizjoterapeuty w ramach wykonywania zawodu fizjoterapeuty, w tym z:

- 1) ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty;
 - 2) wytycznymi do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej przyjętymi odrębną uchwałą Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
 - 3) wytycznymi do oceny funkcjonalnej i prowadzenia dokumentacji medycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym (w grupie wiekowej od 0 do 7 lat) przyjętymi odrębną uchwałą Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
 - 4) Zasadami etyki zawodowej fizjoterapeuty.
2. Celem przeszkolenia realizowanego w podmiocie leczniczym jest przygotowanie fizjoterapeuty w szczególności do prowadzenia badania, planowania i prowadzenia terapii z pacjentem, prowadzenia dokumentacji oraz zapoznania z zasadami pracy w zespole medycznym/terapeutycznym.
 3. Zakres szkolenia obejmuje w szczególności czynności zawodowe fizjoterapeuty określone w ustawie oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty, z uwzględnieniem poszczególnych stopni zawodowych fizjoterapeutów.

WZÓR

ZAWIADOMIENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU

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

Numer PWZFz:

Telefon kontaktowy:

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
Aleje Jerozolimskie 93
02-001 Warszawa
Dział Szkoleń

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 zawodu wynosi lat miesięcy, tj. od (rok/miesiąc).

Placówki, w których fizjoterapeuta odbędzie przeszkolenie:¹⁾

1)
(nazwa, adres oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

.....
(data i podpis kierownika podmiotu wyrażającego zgodę
na odbycie przeszkolenia)

2)
(nazwa, adres oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

.....
(data i podpis kierownika podmiotu wyrażającego zgodę
na odbycie przeszkolenia)

3)
(nazwa, adres oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

.....
(data i podpis kierownika podmiotu wyrażającego zgodę
na odbycie przeszkolenia)

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

Ja, niżej podpisany oświadczam, że jestem zobowiązany:

- 1) zapoznać się z przepisami regulującymi odbywanie przeszkolenia, ramowym programem oraz ze swoimi obowiązkami i uprawnieniami;

- 2) przestrzegać zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty określonych w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz Zasadami etyki zawodowej fizjoterapeuty;
- 3) stosować się do wskazówek i poleceń opiekuna oraz kierownika komórki organizacyjnej w realizacji powierzonych zadań;
- 4) udzielać świadczenia w zakresie fizjoterapii, zgodnie z ustalonym planem postępowania fizjoterapeutycznego, pod bezpośrednim nadzorem lub w porozumieniu z opiekunem przeszkolenia.

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

ZAKRES OBOWIĄZKÓW OPIEKUNA PRZESZKOLENIA

Opiekun jest odpowiedzialny za realizację przez fizjoterapeutę programu przeszkolenia częściowego 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 częściowego 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 pacjenta.
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 adekwatna ocena nabytych w czasie trwania przeszkolenia umiejętności praktycznych.
10. Zaliczenie przeszkolenia częściowego.

1)
(imię, nazwisko oraz numer PWZFz opiekuna przeszkolenia, NIP placówki)

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

2)¹⁾
(imię, nazwisko oraz numer PWZFz opiekuna przeszkolenia, NIP placówki)

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

3)¹⁾
(imię, nazwisko oraz numer PWZFz opiekuna przeszkolenia, NIP placówki)

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

1) W przypadku odbywania przeszkolenia w więcej niż jednym podmiocie należy wpisać w kolejne pozycje wszystkie podmioty przewidziane do realizacji przeszkolenia wraz z poświadczeniem zgody kierownika każdego z nich. Dane podmiotu mogą być naniesione odręcznie bądź zamieszczone za pomocą pieczętki podmiotu leczniczego.

WZÓR

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

Warszawa, dnia

**KARTA PRZESZKOLENIA FIZJOTERAPEUTY
 Z TYTUŁEM TECHNIKA LUB LICENCJATA¹**

Lp.	Zakres nabytych umiejętności	Podpis Opiekuna ⁴ oraz numer placówki ²
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.	Kwalifikowanie 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, o których mowa w art. 4 ust. 4 pkt 3 albo 4 ustawy.

² Należy podać numer placówki odpowiedni do tego, który został podany na stronie 2 karty przeszkolenia.

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)	

1.

(nazwa, adres oraz NIP podmiotu leczniczego)

.....

(data i podpis opiekuna³)

.....

(data i podpis kierownika podmiotu⁴)

2.

(nazwa, adres oraz NIP podmiotu leczniczego)

.....

(data i podpis opiekuna³)

.....

(data i podpis kierownika podmiotu⁴)

3.

(nazwa, adres oraz NIP podmiotu leczniczego)

.....

(data i podpis opiekuna³)

.....

(data i podpis kierownika podmiotu⁴)

³ Podpis musi być czytelny z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

⁴ Podpis musi być czytelny.

WZÓR

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

Warszawa, dnia

**KARTA PRZESZKOLENIA FIZJOTERAPEUTY
 Z TYTUŁEM MAGISTRA¹**

Lp.	Zakres nabytych umiejętności	Podpis Opiekuna ⁴ oraz numer placówki ²
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 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)	
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.	Kwalifikowanie i planowanie fizykoterapii	
3.	Kwalifikowanie i planowanie kinezyterapii	
4.	Kwalifikowanie 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, o których mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 albo 2 ustawy.

² Należy podać numer placówki odpowiedni do tego, który został podany na stronie 2 karty przeszkolenia.

	(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)	

1.
(nazwa, adres oraz NIP podmiotu leczniczego)

.....
(data i podpis opiekuna³) (data i podpis kierownika podmiotu⁴)

2.
(nazwa, adres oraz NIP podmiotu leczniczego)

.....
(data i podpis opiekuna³) (data i podpis kierownika podmiotu⁴)

3.
(nazwa, adres oraz NIP podmiotu leczniczego)

.....
(data i podpis opiekuna³) (data i podpis kierownika podmiotu⁴)

³ Podpis musi być czytelny z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

⁴ Podpis musi być czytelny.

WZÓR

Warszawa, dnia r.

ZAŚWIADCZENIE

o odbytym przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu fizjoterapeuty
łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat

Krajowa Rada Fizjoterapeutów zaświadcza, że:

Pan/Pani:

Urodzony/Urodzona dnia: w (miejscowość):

Posiadający/Posiadająca prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty nr: przyznane w dniu:
z tytułem zawodowym fizjoterapeuta na poziomie:

odbył/a przeszkolenie z powodu niewykonywania zawodu fizjoterapeuty łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat
w okresie ostatnich 6 lat, w okresie
i pozytywnie zaliczył/-a wszystkie wymagane elementy przeszkolenia.

W związku z powyższym może podjąć pracę w zawodzie fizjoterapeuty.

Zaświadczenie niniejsze wydaje się w związku z art. 11 ustawy z dnia 25 września 2015 r.
o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U.).

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis Prezesa
Krajowej Rady Fizjoterapeutów