**Załącznik Nr 1**

**do umowy z dnia………………**

**Przyjmujący zamówienie: …………….**

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCHFIZJOTERAPEUTA – stosownie do posiadanych uprawnień**

Wykonywanie ćwiczeń z zakresu kinezyterapii miejscowej:ćwiczenia biernećwiczenia czynno-biernećwiczenia samowspomaganećwiczenia czynne w odciążeniućwiczenia czynne wolnećwiczenia czynne oporowećwiczenia prowadzonećwiczenia redresyjnewyciągi redresyjnećwiczenia synergistycznećwiczenia oddechowećwiczenia relaksacyjnećwiczenia w czynnościach samoobsługićwiczenia w pionizacji i nauce chodzeniaWykonywanie ćwiczeń z zakresu kinezyterapii ogólnousprawniającej:indywidualnegrupoweStosowanie metod kinezyterapeutyczne m. in:Metoda Mc KenzieMetoda NDT BobathMetoda PNF

Wykonywanie zabiegów z zakresu fizykoterapiiWykonywanie masażuPlastrowanie dynamiczne ( Kinesiology Taping)Prowadzenie zabiegów z zakresu terapii manualnejPrzeprowadzanie testów funkcjonalnychWykonywanie testów mięśniowych w skali LovettaSumienne realizowanie ustalonego programu rehabilitacji oraz współpraca z zespołem interdyscyplinarnymProwadzenie obserwacji i dokumentowanie wykonanych czynności procesu rehabilitacji oraz przekazanie wyników Koordynatorowi ZespołuDodatkowe zadania wynikające z sytuacji szczególnych konkretyzowane przez osobę działającą w imieniu Udzielającego Zamówienia.

Informowanie bezpośredniego przełożonego o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**