

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

**Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2021/2022**  
wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019r. poz.1573)

**kierunek: lekarsko-dentystyczny, rok studiów: III, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin**

**przedmiot/zakres praktyki: LEKARSKO-DENTYSTYCZNA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

Poznanie procedury manualnej w gabinecie stomatologicznym oraz wykonywanie prac protetycznych w pracowniach techniki dentystycznej

**1. Cel praktyki zawodowej:**

praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych.

**2. Wykaz umiejętności praktycznych:**

| Wykaz umiejętności   | Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej   |
|--|--|
| <p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w gabinetach stomatologicznych oraz pracowniach techniki dentystycznej</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Stomatologiczne badanie pacjenta i planowanie leczenia zachowawczego i protetycznego.</li><li>2.Czynna asysta przy zabiegach ze stomatologii zachowawczej, protetyki, ortodoncji i chirurgii stomatologicznej.</li><li>3.Znoszenie zwiększonej wrażliwości zębiny- 3 zęby.</li><li>4.Profilaktyka przeciwpróchnicowa: po 3 lakowania i fluoryzacje kontaktowe.</li><li>5.Instruktaż jamy ustnej – 5 pacjentów.</li><li>6.Skaling nadziąstowy i polerowanie powierzchni zębowych – 5 pacjentów.</li><li>7.Zaznajomienie się z prowadzeniem dokumentacji w gabinecie stomatologicznym.</li><li>8.Zaznajomienie się z zasadami sterylizacji i prowadzoną dokumentacją sterylizacji w gabinecie stomatologicznym</li><li>9.Poznanie instrumentarium oraz aparatury stomatologicznej.</li><li>10.Asysta w laboratorium protetycznym podczas wszystkich etapów laboratoryjnych wykonywania ruchomych protez akrylanowych i szkieletowych oraz protez stałych.</li><li>11.Poznanie zasad oraz naprawa ruchomych uzupełnień protetycznych.</li></ol> | <p>W terminie od ..... do..... 20... r.</p> <p>w:</p> <p>.....</p> <p>(pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a: .....</p> <p>.....</p> <p>data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p> |

**UWAGI:** Studentów obowiązuje miesięczna praktyka stomatologiczna- procedury manualne i obejmuje 7-godzinny dzień pracy.

Zaliczam praktykę zawodową po III roku studiów  
w roku akademickim 2021/2022

.....  
Data i podpis opiekuna praktyk

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Wydział Lekarsko-Stomatologiczny  
Dziekan

prof. dr hab. Marcin Mikulewicz

.....  
data i podpis Dziekana Wydziału

**Wypełnia student:**

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW, OC,
- b) zaświadczenia o szczepieniu przeciw WZW typu B,
- c) aktualnego zaświadczenia o przeprowadzeniu badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- d) obowiązującej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki,
- e) ochronnego ubrania medycznego (fartuch, obuwie zmienne, okulary ochronne),
- f) identyfikatora wykonanego przez studenta we własnym zakresie, zgodnie ze wzorem wymaganym przez Uczelnię.

Potwierdzam odbiór programu praktyki zawodowej.

.....  
podpis studenta