

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2024/2025
wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019r. poz.1573 ze zm.)

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
Miejsce realizacji praktyki: w gabinetach stomatologicznych oraz pracowniach techniki dentystycznej 1.Stomatologiczne badanie pacjenta i planowanie leczenia zachowawczego i protetycznego. 2.Czynna asysta przy zabiegach ze stomatologii zachowawczej, protetyki, ortodoncji i chirurgii stomatologicznej. 3.Znoszenie zwiększonej wrażliwości zębiny- 3 zęby. 4.Profilaktyka przeciwpróchnicowa: po 3 lakowania i fluoryzacje kontaktowe. 5.Instruktaż jamy ustnej – 5 pacjentów. 6.Skaling nadziąsłowy i polerowanie powierzchni zębowych – 5 pacjentów. 7.Zaznajomienie się z prowadzeniem dokumentacji w gabinecie stomatologicznym. 8.Zaznajomienie się z zasadami sterylizacji i prowadzoną dokumentacją sterylizacji w gabinecie stomatologicznym 9.Poznanie instrumentarium oraz aparatury stomatologicznej. 10.Asysta w laboratorium protetycznym podczas wszystkich etapów laboratoryjnych wykonywania ruchomych protez akrylanowych i szkieletowych oraz protez stałych. 11.Poznanie zasad oraz naprawa ruchomych uzupełnień protetycznych.	W terminie od do..... 2025r. w: (pieczęć Podmiotu) Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a: data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu

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

Zaliczam praktykę zawodową po III roku studiów
w roku akademickim 2024/2025

.....

Data i podpis opiekuna praktyk

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Wydział
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY
Dziekany

prof. dr hab. Marek 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