

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. 1773 ze zm.)

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

przedmiot/zakres praktyki: LEKARSKO-DENTYSTYCZNA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM
Wykonywanie niektórych czynności lekarsko-dentystycznych pod nadzorem lekarza dentysty. Praktyczne zapoznanie się z charakterem pracy w gabinecie stomatologicznym.

- 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: przychodnie stomatologiczne 1.W zakresie stomatologii zachowawczej: - przeprowadzenie podstawowych czynności diagnostycznych - usuwanie kamienia nazębnego - preparowanie ubytków pod wypełnienia i wypełnienie ubytków z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów (kompozyty, amalgamaty) - zakładanie opatrunków hermetycznych i niehermetycznych - amputacja miazgi - ekstyrpacje miazgi - opracowanie i wypełnienie kanałów korzeniowych - odczytywanie zdjęć rentgenowskich 2.W zakresie chirurgii stomatologicznej: - miejscowe znieczulenie - wykonywanie nieskomplikowanych ekstrakcji - asystowanie do małych zabiegów chirurgicznych 3.W zakresie protetyki stomatologicznej: - protetyczna ocena warunków w jamie ustnej z uwzględnieniem braków w uzębieniu, zmian anatomicznych i czynnościowych oraz nieprawidłowość szczękozgryzowych - pobieranie wycisków z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów wyciskowych - projektowanie uzupełnień protetycznych - ustalenie zwarcia i kontrola ustawionych zębów - przeprowadzenie korekt ruchomych protez zębowych 4.W zakresie dokumentacji chorobowej i sprawozdawczości: - poznanie wszystkich formularzy dokumentacji chorobowej (karta choroby, książka przyjęć, dziennik pracy i zabiegów) - poznanie sposobu prowadzenia sprawozdawczości	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 w przychodniach stomatologicznych i obejmuje 7-godzinny dzień pracy.

Zaliczam praktykę zawodową po IV 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
DZIEKAN

.....
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