

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2025/2026
wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019r. poz.1573 ze zm.)

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

przedmiot/zakres praktyki: ASYSTA LEKARZOWI DENTYŚCIE

Student pełni rolę asystentki stomatologicznej (pomocy dentystycznej) w Poradni Stomatologicznej/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
<p>Miejsce realizacji praktyki: poradnie stomatologiczne</p> <p>1.W zakresie prac administracyjnych zaznajomienia się: -z rejestracją chorych w poradni stomatologicznej i z wypełnieniem kart historii choroby , -z wypisywaniem skierowań do badań laboratoryjnych, konsultacyjnych itp., -z prowadzeniem sprawozdań miesięcznych z pracy poradni oraz ze sprawami zaopatrzenia poradni w leki, materiały, narzędzia i bieliznę.</p> <p>2.W zakresie czynności pomocy dentystycznej: - zapoznanie się z różnymi sposobami sterylizacji narzędzi: wodną, parową oraz sterylizacją pomieszczeń. -codzienną konserwacją i sterylizacją: kątnic, prostnic, drobnych instrumentów, rozrusznika nożnego ,reflektora ,tuby i fotela</p> <p>3.Przygotowanie gabinetu do przyjęć chorych.</p> <p>4.Przygotowanie chorego do zabiegu stomatologicznego.</p> <p>5.Asystowanie podczas zabiegów – podawanie lekarzowi narzędzi, opatrunków, rozrabiania materiałów itp.</p> <p>6.Uporządkowanie gabinetu po przyjęciach chorych: przygotowanie materiału opatrunkowego na dzień następny, przygotowanie potrzebnych druków.</p> <p>7.Udzielenie informacji pacjentom dotyczących przyjmowania chorych przez lekarzy poradni.</p> <p>8.Zaopatrywanie gabinetu w:materiał opatrunkowy, materiały biurowe.</p>	<p>W terminie od do..... 2026r. w:</p> <p>..... (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a:</p> <p>..... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p>

Zaliczam praktykę zawodową po II roku studiów w
roku akademickim 2025/2026

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
WYDZIAŁ
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY
DZIEKANA

24 CZE. 2026

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