

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: 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>Miejsce realizacji praktyki: w gabinetach stomatologicznych oraz pracowniach techniki dentystycznej</p> <ol style="list-style-type: none">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 stomatologicznym9.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.	<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>

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

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

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

24 CZE. 2026

.....
data i podpis Dziekana Wydziału

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
WYDZIAŁ
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY
DENTYSTAN
prof. dr hab. Marcin Mikulewicz

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