

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. 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
<p>Miejsce realizacji praktyki: przychodnie stomatologiczne</p> <p>1.W zakresie stomatologii zachowawczej:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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- ekstyrapacje miazgi- opracowanie i wypełnienie kanałów korzeniowych- odczytywanie zdjęć rentgenowskich <p>2.W zakresie chirurgii stomatologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none">- miejscowe znieczulenie- wykonywanie nieskomplikowanych ekstrakcji- asystowanie do małych zabiegów chirurgicznych <p>3.W zakresie protetyki stomatologicznej:</p> <ul style="list-style-type: none">- protetyczna ocena warunków w jamie ustnej z uwzględnieniem braków w uzębieniu, zmian anatomicznych i czynnościowych oraz nieprawidłowość szczękozgrzyzowych- pobieranie wycisków z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów wyciskowych- projektowanie uzupełnień protetycznych- ustalenie zwarcia i kontrola ustawionych zębów- przeprowadzenie korekt ruchomych protez zębowych <p>4.W zakresie dokumentacji chorobowej i sprawozdawczości:</p> <ul style="list-style-type: none">- poznanie wszystkich formularzy dokumentacji chorobowej (karta choroby, książka przyjęć, dziennik pracy i zabiegów)- poznanie sposobu prowadzenia sprawozdawczości	<p>W terminie od do..... 2026r. 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 w przychodniach stomatologicznych i obejmuje 7-godzinny dzień pracy.

Zaliczam praktykę zawodową po IV 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
KZIEKAN

24 CZE. 2026

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