Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Dziekanat
Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu
41-800 Zabrze, pl. Traugutta 2
Tel. 32 37 05 294

. . . . . .
nazwisko i imię studenta

POTWIERDZENIE ODBYCIA PRAKTYKI WAKACYJNEJ PO II ROKU STUDIÓW KIERUNKU LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO

Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

w charakterze asysty lekarzowi dentyście (cztery tygodnie) 120 godzin

Praktykę nadzoruje opiekun praktyki – lekarz stomatolog. Praktykę należy odrabiać w przychodni lub gabinecie, w którym wykonywane są zabiegi z zakresu stomatologii ogólnej.

Odbycie praktyki potwierdza Kierownik przychodni lub gabinetu.

Cel praktyki:

1 Zdobycie praktycznej wiedzy z zakresu obsługi zestawów dentystycznych niezbędnych do funkcjonowania gabinetu stomatologicznego tj. obsługa unitu stomatologicznego, autoklawu ze szczególnym uwzględnieniem przepisów BHP.

2 Zapoznanie się z podstawowym instrumentarium używanym w gabinecie stomatologicznym celem opanowania umiejętności asystowania w czasie wykonywania zabiegów stomatologicznych.

3 Praktyczna nauka przygotowania materiałów opatrunkowych, zestawów narzędzi do leczenia zachowawczego w tym endodontycznego, instrumentarium podstawowych zabiegów chirurgicznych z opanowaniem umiejętności sterylizacji.

4 Opanowanie praktycznej umiejętności przygotowywania mas wyciskowych (rozrabiania) i postępowania z wyciskiem przed odlaniem modeli.

5 Zapoznanie się z zasadami prowadzenia dokumentacji lekarskiej, a także jej przechowywania.

Potwierdzam zaliczenie efektów uczenia się i zrealizowanie programu w zakresie treści objętych praktyką w okresie od .....do .....

. . . . . .
pieczątka ogólna
jednostki

. . . . . .
podpis i pieczęć
Kierownika Przychodni/Gabinetu

…….....
Podpis i pieczątka opiekuna praktyk SUM