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 III ROKU STUDIÓW KIERUNKU LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO

Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Poradnia stomatologiczna – (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. Pogłębienie i doskonalenie wiedzy praktycznej z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia stomatologicznego pacjentów,
2. Utrwalenie wiadomości z zakresu najnowszych przepisów dotyczących dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i sprzętu stomatologicznego oraz szkolenie w zakresie przepisów bhp,
3. Utrwalenie i pogłębienie wiedzy praktycznej o materiałach, aparaturze i sprzęcie stomatologicznym,
4. Algorytm postępowania w sytuacjach zagrażających życiu w gabinecie stomatologicznym,
5. Samodzielne wykonywanie zabiegów zleconych przez opiekuna praktyki,
6. Zabiegi profilaktyczne stosowane w zapobieganiu próchnicy i chorób przyzębia: usuwanie złogów nazębnych ręcznie i za pomocą urządzeń ultradźwiękowych, profesjonalny instruktaż higieny.

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