kierunek: higiena stomatologiczna

 KARTA PRAKTYK STUDENCKICH

 w zakresie asysty dentystycznej – I rok

 Rok akademicki 2021/2022

**Imię i nazwisko studenta ............................................................................................................**

**Rok studiów …………………………... Nr albumu ………………………………….…………………………….**

**Adres stałego zamieszkania ........................................................................................................**

**1/ Termin praktyki: od …........................................... do ........................................................**

**Liczba dni roboczych: ……………………………. Liczba godzin ……………………………………………..**

**2/ Miejsce praktyki/ adres i telefon/ : ……………………………………….……………………………………..**

**……………………………………….……………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………...................................**

**3/ Imię i nazwisko kierownika pracowni: …………………………………………………………………………**

**opiekuna: ..................................................................................................................................**

**4/ Realizacja efektów kształcenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres czynności** | **Efekt kształcenia** | **Data wykonania** | **Potwierdzenie wykonania przez opiekuna praktyki** (podpis i pieczątka) |
|  |  |
| zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z asystą dentystyczną, związanych z obsługą chorych, leczonych w gabinetach (przychodniach) stomatologicznych; | HS\_W19HS\_W26 |  |  |
| **Umiejętności :** | HS\_U02HS\_U03HS\_U40HS\_U41HS\_U48HS\_U49 |  |  |
| czynne asystowanie przy zabiegach leczniczych |  |
| zapoznanie się ze sterylizacją oraz konserwacją narzędzi stomatologicznych |  |  |
| przygotowywanie stanowiska pracy dla lekarza dentysty, zestawu leków i instrumentów |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| prowadzenie rejestracji i dokumentacji chorych |  |  |
| zapoznanie się z pracami administracyjnymi poradni |  |  |

 ....................................

 (podpis studenta)

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin stażu zawodowego i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………. …………………………………………………………………

 (pieczątka jednostki organizującej praktykę) (podpis i pieczęć kierownika pracowni)

Uwagi: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 Zaliczam praktykę obowiązującą po I roku studiów (w r.ak. 2021/2022)

 *Prodziekan ds. Kształcenia WLS*

 *Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek*