



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Wydział Lekarsko-Stomatologiczny

KARTA PRAKTYK STUDENCKICH – II ROK
w zakresie asysty lekarzowi - dentyście
Rok akademicki **2025/2026**

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 jednostki

opiekuna praktyk

4/ Realizacja efektów uczenia się

Zakres czynności	Efekt uczenia się (Rozp. MNiSW z dn.26 lipca 2019 r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna praktyki (podpis i pieczęć)
Zaznajomienie się z rejestracją chorych w poradni/gabiniecie stomatologicznym i zasadami prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów, z formularzami i zasadami uzyskiwania zgody pacjenta na leczenie stomatologiczne, zasadami wypisywania skierowań do badań zaznajomienie się z zasadami prowadzenia sprawozdawczości z realizacji pracy, zaopatrywania poradni/gabinetu w leki i materiały dentystryczne, narzędzia i bieliznę, materiały biurowe;	G.W10 G.W11 D.U14 F.U11 G.U26		

Zakres czynności	Efekt uczenia się <i>(Rozp. MNiSW z dn.26 lipca 2019 r.)</i>	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna praktyki <small>(podpis i pieczętka)</small>
Zapoznanie się z procedurami sanitarnymi i sposobami dezynfekcji/sterylizacji narzędzi, urządzeń i powierzchni i nabycie umiejętności codziennej konserwacji, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi, urządzeń i powierzchni	GW.18 G.W19 G.U12 G.U21		
Przygotowywanie gabinetu do przyjęć pacjentów przygotowywanie pacjenta do zabiegu uporządkowywanie gabinetu po przyjęciach pacjentów			
Asystowanie podczas zabiegów stomatologicznych – podawanie narzędzi, opatrunków, materiałów itp.	G.U20		
Nabycie umiejętności komunikacji z pacjentem i personelem gabinetu stomatologicznego.	F.U3 F.U4 G.U15		

.....
(podpis studenta)

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

.....
.....

.....
(pieczętka jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....

Zaliczam praktykę obowiązującą po roku II studiów w roku akademickim 2025/2026.

.....
Podpis Dziekana