



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Wydział Lekarsko-Stomatologiczny

KARTA PRAKTYK STUDENCKICH – IV ROK
lekarsko-dentystyczna w gabinecie stomatologicznym
Rok akademicki 2025/2026

Imię i nazwisko studenta

Rok studiów Nr albumu

Adres stałego zamieszkania

1/ Termin odbywania 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 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
1/ w zakresie stomatologii zachowawczej, dziecięcej i periodontologii			
Przeprowadzanie podstawowych czynności diagnostycznych (badanie pacjenta i planowanie leczenia, interpretacja badań radiologicznych i dodatkowych)	F.U1, F.U2, F.U6 F.U7		
Usuwanie złogów nazębnych	F.U7, U1		
Wykonywanie zabiegów z zakresu zapobiegania chorobie próchnicowej (zalecenia dietetyczne, motywacja, - lakowanie, profesjonalna profilaktyka fluorkowa)	F.U7, U2		
Opracowanie i wypełnianie ubytków próchnicowych z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów do wypełnień ostatecznych i czasowych	U3		
Czynna asysta przy zabiegach z zakresu endodoncji, wykonywanie wybranych zabiegów endodontycznych (ekstirpacja miazgi, opracowanie i wypełnienie kanału korzeniowego)	G.U20, U4, K1		
Planować podstawowe etapy opieki profilaktycznej u pacjentów z obszaru potrzeb periodontologicznych	C.U15		

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

.....
.....

(pieczęć jednostki organizującej praktykę/praktyki)

(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....

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 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
2/ w zakresie chirurgii stomatologicznej³			
wykonywanie miejscowych znieczuleń	F.U16, U5		
wykonywanie nieskomplikowanych ekstrakcji zęba	F.U7, F.U8, U7		
asystowanie do małych zabiegów chirurgicznych	G.U20, U7		

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

.....
.....

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

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

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....

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 kształcenia

Zakres czynności	Efekt uczenia się (Rozp. MNiSW z dn. 26 lipca 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczętka)
3/ w zakresie protetyki stomatologicznej			
ocena warunków w jamie ustnej z uwzględnieniem braków w uzębieniu, zmian anatomicznych i czynnościowych oraz nieprawidłowości szczęko-zgryzowych	F.W14		
pobieranie wycisków z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów wyciskowych	U8		
planowanie leczenia protetycznego w prostych przypadkach klinicznych	F.U22, U9		
ustalenie zwarcia i kontrola próbnych protez			
przeprowadzenie korekt i napraw ruchomych protez zębowych			

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:

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

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 kształcenia

Zakres czynności	Efekt kształcenia <i>(Rozp. MNiSW z dn. 9 stycznia 2018 z póź. zm.)</i>	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
4/ w zakresie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości			
poznanie wszystkich formularzy dokumentacji medycznej (karta choroby, książka przyjęć, dziennik pracy i zabiegów) i sanitarnej, poznanie sposobu prowadzenia sprawozdawczości	G.W17 F.U11 G.U26		

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

.....

.....

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

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

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....

.....

.....

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 kształcenia

Zakres czynności	Efekt uczenia się (Rozp. MNiSW z dn. 26 lipca 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
5/ w zakresie organizacji i administracji			
poznanie zasad organizacji pracy w miejscu odbywania praktyki, zaznajomienie się z rejestracją pacjentów i systemem ewidencji, poznanie sposobów zaopatrywania oraz prowadzenia magazynu	G.W18 G.W9 G.U26		

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

.....
.....

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

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

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....

.....
Podpis studenta

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

.....
Podpis Dziekana