

**kierunek: higiena stomatologiczna**

**KARTA PRAKTYK STUDENCKICH**

w zakresie asysty dentystycznej – I rok

Rok akademicki **2019/20**

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

Rok studiów ……………. Nr albumu ………………

Adres stałego zamieszkania:

Miejscowość............................................................................................kod pocztowy … … - … … …

ulica …………………………………………………... nr domu ……………nr mieszkania …………..

1/ Termin praktyki: od…............................. do ............................... Liczba dni roboczych: …………

2/ Miejsce praktyki:

Nazwa: ……………………………………….…………………………………………………………

Adres:

Miejscowość...................................................................................... kod pocztowy … … - … … …

ulica ……………………………………………… nr ………. telefon ………………………....

3/ Imię i nazwisko kierownika i opiekuna: ..................................................................................

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

4/ Realizacja efektów kształcenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres czynności**  | **Efekt kształcenia**(Kod składnika opisu dla poziomu 6)  | **Daty 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(P6S\_WK) |   |   |
| **Umiejętności :** |  |   |   |
| czynne asystowanie przy zabiegach leczniczych | HS\_U02HS\_U03HS\_U40HS\_U41(P6S\_UW) |   |
| zapoznanie się ze sterylizacją oraz konserwacją narzędzi stomatologicznych |   |   |
| przygotowywanie stanowiska pracy dla lekarza dentysty, zestawu leków i instrumentów | HS\_U48HS\_U49(P6S\_UO) |  |  |
| prowadzenie rejestracji i dokumentacji chorych |  |  |  |
| zapoznanie się z pracami administracyjnymi poradni |  |  |  |

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

 (podpis studenta)

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

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

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

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

(pieczątka jednostki organizującej praktykę) (podpis i pieczęć zaliczającego)

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

Obowiązującą praktykę po **roku I** w roku akademickim 2019/20 zaliczam.

 DZIEKAN