

**KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**Rok II kierunku Techniki dentystyczne studia pierwszego stopnia**

**Oddział Stomatologiczny**

**Wydział Lekarski**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Numer albumu…….…………………… Rok akademicki….….…/……..… Rok studiów……………… Semestr….…………………………. |
| Termin odbytych praktyk od……………….….… do …………..…………. Liczba tygodni…………………………………………………………. |

Zgodnie z Regulaminem organizacji studenckich praktyk zawodowych na kierunku techniki dentystyczne stopień pierwszy Od-działu Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 1 października 2019r. studentów obowiązuje 8-tygodniowa (240 godz.) praktyka zawodowa z zakresu techniki dentystycznej na każdym roku studiów. Jeden dzień praktyk rozumiany jest jako 6h pracy/zajęć praktycznych studenta w placówce. Praktyki mogą się odbywać w dowolnych miesiącach w ciągu danego roku akademickiego, jeżeli nie kolidują z planowanymi zajęciami oraz sesją egzaminacyjną.

**Termin rozliczenia się z odbytych praktyk zawodowych: do dnia 20.09.2024 r.**

**Proponowana ocena końcowa:……………………………**

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

(data, pieczątka i podpis Opiekuna praktyk)

**Zaliczenie Praktyk Zawodowych przez Kierownika Praktyk z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **…………………………………………………….**  **ocena** | **………………………………………………………**  **data** | **………………………………………………….**  **Podpis Dziekana** |

**KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**2 rok kierunku Techniki dentystyczne studia pierwszego stopnia**

**Oddział Stomatologiczny Wydział Lekarski**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Numer albumu…….………… Rok akademicki ….….… /……..… Rok studiów…………… Semestr…………………………………………... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres wykonywanych czynności | Zaliczono  (Podpis opiekuna) |
| **1** | Wykonywanie modeli roboczych pod protezy ruchome nieosiadające - szkieletowe |  |
| **2** | Analiza paralelometryczna modelu roboczego |  |
| **3** | Przygotowanie modeli do powielenia |  |
| **4** | Powielenie modelu roboczego pod wykonanie protezy szkieletowej |  |
| **5** | Modelowanie protezy szkieletowej w wosku |  |
| **6** | Przygotowanie formy odlewniczej |  |
| **7** | Piaskowanie i obróbka protezy szkieletowej |  |
| **8** | Polerowanie elektrolityczne i mechaniczne |  |
| **9** | Dobór i ustawienie zębów w protezie szkieletowej |  |
| **10** | Modelowanie woskowych siodeł protezy szkieletowej |  |
| **11** | Wykonanie silikonowych przedlewów |  |
| **12** | Zamiana woskowych siodeł na akryl metodą wlewową |  |
| **13** | Obróbka i polerowanie akrylowych części siodeł protezy szkieletowej |  |
| **14** | Odlewanie modeli dzielonych pod protezy stałe (system Pin Cast, Zeiser) |  |
| **15** | Modelowanie wkładów koronowo korzeniowych |  |
| **16** | Wykonywanie form odlewniczych do wkładów koronowo korzeniowych |  |
| **17** | Piaskowanie i obróbka wkładów koronowo korzeniowych |  |
| **18** | Wykonanie koron i mostów metalowo kompozytowych |  |
| **19** | Inne………………………………………………………….. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **……….………………………………………………………………………**  **nazwa placówki** | **……………………………………………………………………………………**  **data, pieczątka i podpis Opiekuna praktyk** |

Uwagi:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..