

**KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**Rok I 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 2024 r. 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 21.09.2025 r.**

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

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

(data, pieczątka i podpis Opiekuna praktyk)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **…………………………………………………….****ocena** | **………………………………………………………****data** | **………………………………………………….****Podpis Kierownika Praktyk** |

 **KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

 **1 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 z wycisków anatomicznych |  |
| **2** | Wykonywanie łyżek indywidualnych z tworzywa termoutwardzalnego i materiałów światłoutwardzalnych i chemoutwardzalnych |  |
| **3** | Wykonywanie modeli roboczych z wycisków czynnościowych do protez całkowitych |  |
| **4** | Wykonywanie wzorników zwarciowych na płycie z wosku i płycie twardej |  |
| **5** | Zamontowanie w artykulatorze / zwarciu modeli roboczych z ustaloną wysokością zwarcia |  |
| **6** | Dobranie i ustawienie zębów metodą artykulacyjną |  |
| **7** | Wymodelowanie płyty protezy |  |
| **8** | Przygotowanie modeli roboczych z woskowymi protezami do puszkowania systemem otwartym metodą puszkowania odwrotnego |  |
| **9** | Puszkowanie protez całkowitych metodą odwrotną |  |
| **10** | Obróbka i polerowanie protez całkowitych |  |
| **11** | Odlewanie modeli roboczych do protez częściowych ruchomych osiadających |  |
| **12** | Wykonanie wzorników zwarciowych do protez częściowych ruchomych osiadających |  |
| **13** | Wykonanie klamer doginanych |  |
| **14** | Dobranie i ustawienie zębów do protez częściowych osiadających |  |
| **15** | Modelowanie płyt protez częściowych osiadających |  |
| **16** | Przygotowanie modeli roboczych z woskowymi protezami częściowymi do puszkowania systemem otwartym |  |
| **17** | Puszkowanie protez częściowych osiadających |  |
| **18** | Obróbka i polerowanie protez częściowych osiadających |  |
| **19** | Naprawy protez całkowitych i częściowych- pęknięcie i złamanie płyty, dostawienie zęba, który wypadł z protezy, dostawienie klamry |  |
| **20** | Podścielenie protezy całkowitej |  |
| **21** | Inne………………………………………………………….. |  |

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

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