

## KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

	Nr																				
Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty																					
Data urodzenia <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-					Numer prawa wykonywania zawodu <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
		-			-																
numer rejestru																					
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej  W .....	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-														
		-			-																
Data	Podpis i pieczęć Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej																				
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																				
Nazwa podmiotu uprawnionego																					
Adres																					
Okres zatrudnienia od <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> do <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>				-			-							-			-				
		-			-																
		-			-																
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																				

## PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa podmiotu uprawnionego	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego

## KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu  
uprawnionego

UWAGI:

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ

Termin stażu cząstkowego  
z zakresu stomatologii  
zachowawczej

od

do

Imię i nazwisko opiekuna

Przygotował doniesienie,  
pracę poglądową,  
opis przypadku

Pieczętka i podpis opiekuna

Odbył staż cząstkowy  
zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

**Złożył sprawdzian końcowy**

**Data**

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ**  
**UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ**  
**W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Diagnozowanie próchnicy (ze szczególnym uwzględnieniem oceny aktywności choroby, wykrywania i kwalifikacji zmian próchnicowych na powierzchniach stycznych zębów)	
Planowanie postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby	
Postępowanie diagnostyczne w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji	
Leczenie próchnicy z zastosowaniem oszczędzających metod opracowania ubytku (metoda ART, tunelowa) i odpowiednich materiałów do wypełnień	
Postępowanie profilaktyczne i lecznicze ubytków niepróchnicowego pochodzenia zmineralizowanych tkanek zęba (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego)	
Wykonanie zabiegów endodontycznych	
Postępowanie diagnostyczne i lecznicze w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych, ze szczególnym uwzględnieniem zębów wielokorzeniowych (ekstirpacja miazgi w znieczuleniu, leczenie kanałowe zębów z zainfekowaną miazgą, wypełnienie kanałów korzeniowych ćwiekami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych)	
Diagnostyka i postępowanie lecznicze w uszkodzeniach tkanek zęba spowodowanych czynnikami abrazyjnymi lub chemicznymi	
Diagnostyka i postępowanie lecznicze w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych	
Stosowanie diagnostyki radiologicznej wewnątrzustnej i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania	
Diagnozowanie i usuwanie przebarwień zębów	
Prowadzenie instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz ocena uzyskanych efektów	
Stosowanie profesjonalnych metod profilaktyki próchnicy i zapaleń dziąseł (profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego, mechaniczne usuwanie płytki nazębnej, stosowanie lakierów i żeli fluorkowych, stosowanie lakierów chlorheksydynowych i uszczelniaczy bruzd)	
Planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

Termin stażu cząstkowego  
z zakresu stomatologii  
dziecięcej

od

do

Imię i nazwisko opiekuna

Przygotował doniesienie,  
pracę pogładową,  
opis przypadku

Pieczętka i podpis opiekuna

Odbył staż cząstkowy  
zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

**Złożył sprawdzian końcowy**

**Data**

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ**  
**UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ**  
**W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Ocena wieku zębowego	
Diagnostowanie zaburzeń oraz wad rozwojowych w uzębieniu mlecznym i stałym	
Diagnostowanie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oceną aktywności oraz indywidualnych czynników ryzyka choroby próchnicowej	
Planowanie i wykonywanie profesjonalnych zabiegów profilaktycznych w zębach mlecznych i w zębach stałych	
Leczenie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oszczędzającymi metodami opracowania ubytków oraz zastosowaniem właściwych materiałów do wypełnień	
Postępowanie lecznicze w chorobach miazgi zębów mlecznych	
Leczenie chorób miazgi w zębach stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzenia	
Postępowanie w pourazowych uszkodzeniach zębów stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzeni	
Wykonywanie zabiegów endodontycznych	
Zastosowanie oraz interpretacja badań radiologicznych wewnątrzustnych i zewnątrzustnych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego  
z zakresu chirurgii  
stomatologicznej

od

do

Imię i nazwisko opiekuna

Przygotował doniesienie,  
pracę poglądową,  
opis przypadku

Pieczętka i podpis opiekuna

Odbył staż cząstkowy  
zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

**Złożył sprawdzian końcowy**

**Data**

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:



**STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ**  
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ  
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Zastosowanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej

Znieczulenie nasiętkowe i przewodowe wewnętrzne i zewnętrzne w zakresie części twarzowej czaszki

Wykonanie ekstrakcji zębów jedno- i wielokorzeniowych

Wykonanie zabiegu chirurgicznego zaopatrzenia zębodołu po ekstrakcji zębów

Wykonanie nacięcia powierzchniowych ropni zębopochodnych

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU ORTODONCJI

Termin stażu cząstkowego  
z zakresu ortodoncji

od		do	
----	--	----	--

Imię i nazwisko opiekuna

Przygotował doniesienie,  
pracę poglądową,  
opis przypadku

Pieczętka i podpis opiekuna

Odbył staż cząstkowy  
zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

**Złożył sprawdzian końcowy**

<b>Data</b>		
-------------	--	--

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU ORTODONCJI**  
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ  
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Postępowanie diagnostyczne w nabytych wadach zgryzu:

- 1) badanie kliniczne z oceną czynności narządów jamy ustnej;
- 2) wskazania do zlecenia badań dodatkowych, w tym rentgenogramów.

Wykonanie modeli diagnostycznych, ustalenie wzorca zgryzu nawykowego, pośrednia ocena zgryzu na podstawie modeli

Analiza rentgenogramów: ortopantomograficznych i odległościowych bocznych głowy

Leczenie w okresie uzębienia mlecznego i mieszanego z użyciem standardowych aparatów lub protez ortodontycznych

Asystowanie podczas leczenia wad zgryzu

Wykonanie procedur niezbędnych do naprawy zdejmowanego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia

Zdjęcie elementów stałego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego  
z zakresu protetyki  
stomatologicznej

od

do

Imię i nazwisko opiekuna

Przygotował doniesienie,  
pracę poglądową,  
opis przypadku

Pieczętka i podpis opiekuna

Odbył staż cząstkowy  
zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

**Złożył sprawdzian końcowy**

**Data**

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ**  
**UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ**  
**W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Wykonanie kliniczne protezy stałej: wkładu koronowego, koronowo-korzeniowego, korony lanej mostu

Wykonanie kliniczne protezy płytowej, częściowej osiadającej

Wykonanie kliniczne protezy całkowitej

Wykonanie kliniczne protezy szkieletowej

Wykonanie kliniczne naprawy protezy ruchomej

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII

Termin stażu cząstkowego  
z zakresu periodontologii

od		do	
----	--	----	--

Imię i nazwisko opiekuna

Przygotował doniesienie,  
pracę poglądową,  
opis przypadku

Pieczętka i podpis opiekuna

Odbył staż cząstkowy  
zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

**Złożył sprawdzian końcowy**

<b>Data</b>		
-------------	--	--

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII**  
**UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ**  
**W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Ocena stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia)

Opanowanie metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia

Wykonanie skalingu naddziąsłowego i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu

Korekta innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia

Interpretacja wyników badań laboratoryjnych

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**Złożył kolokwium końcowe w dziedzinie stomatologii**

Data

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis kierownika podmiotu uprawnionego

# KURS Z ZAKRESU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

W .....

.....

Termin kursu

od

do

Imię i nazwisko wykładowcy

Data

Pieczętka i podpis osoby przeprowadzającej  
sprawdzian końcowy

UWAGI:



## STAŻ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV, DIAGNOSTYKI I LECZENIA AIDS

Organizator				
Termin stażu z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS	od		do	
Imię i nazwisko wykładowcy				
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS</b>				
Data		Pieczęć i podpis		

## STAŻ Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator				
Termin stażu z zakresu orzecznictwa lekarskiego	od		do	
Imię i nazwisko wykładowcy				
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu orzecznictwa lekarskiego</b>				
Data		Pieczęć i podpis		

## STAŻ Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu bioetyki</b>	
Data	Pieczątka i podpis

## STAŻ Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu prawa medycznego</b>	
Data	Pieczątka i podpis

**OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA  
LEKARZA DENTYSTY**

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

**ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO**

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

**Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza dentysty**

**w okresie od**

**do**

**oraz złożył wymagane sprawdziany i kolokwium końcowe**

Data

Podpis i pieczęć  
koordynatora stażu