

STAŻ W ZAKRESIE BIOETYKI

Organizator:		
Imię i nazwisko wykładowcy		
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie bioetyki		
Data	Pieczęć i podpis	

STAŻ W ZAKRESIE PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator:		
Imię i nazwisko wykładowcy		
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie prawa medycznego		
Data	Pieczęć i podpis	

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

<p>Imię i nazwisko</p>	
<p>ZALICZENIE STAŻU PODDYPLOMOWEGO</p>	
<p>Imię i nazwisko lekarza</p>	
<p>Odbił przewidziany programem staż poddyplomowy lekarza</p>	
<p>w okresie od</p>	<p>do</p>
<p>oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany</p>	
<p>Data</p>	<p>Podpis i pieczęć koordynatora stażu</p>

WZÓR

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA STOMATOLOGA

		Nr
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA		
Data urodzenia <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> </div>	Numer ograniczonego prawa wykonywania zawodu <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>	
Członek okręgowej izby lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej	numer rejestru <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> </div>	
W		
Data	Podpis i pieczęć przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej	
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa	
Nazwa podmiotu uprawnionego		
Adres		
Okres zatrudnienia od <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> do <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> </div>		
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego	

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODDYPLOMOWEGO

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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
z powodu				
Pieczęć 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"/> - <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"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Data		Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego		

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO	
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego
UWAGI:	

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ**

Termin stażu cząstkowego w zakresie stomatologii zachowawczej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna
<p style="text-align: center;">Złożył sprawdzian końcowy</p> <p>Data <input type="text"/></p>	
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Pieczątka i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ W ZAKRESIE 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 powierzchni 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 leczenie ubytków tkanek twardych zęba niepróchniczego pochodzenia (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego),	
wykonanie zabiegów endodontycznych	
postępowanie diagnostyczne i lecznicze w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych ze szczególnym uwzględnieniem zębów wielokorzeniowych (ekstirpcja miazgi w znieczuleniu, leczenie kanałowe zębów z zainfekowaną miazgą, wypełnienie kanałów korzeniowych cwiąkami 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 wewnątrz- 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 uszczelnaczy bruzd)	
planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ**

Termin stażu cząstkowego w zakresie stomatologii dziecięcej od <input style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" type="text"/>	
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 <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

STAŻ W ZAKRESIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

ocena wieku zębowego	
diagnozowanie zaburzeń i wad rozwojowych uzębienia	
diagnozowanie próchnicy zębów mlecznych i zębów stałych niedojrzałych	
leczenie próchnicy zębów mlecznych i zębów stałych niedojrzałych	
planowanie i wykonywanie zabiegów profilaktycznych	
postępowanie lecznicze w chorobach miazgi zębów mlecznych	
leczenie chorób miazgi zębów stałych z niezakończonym rozwojem korzenia	
postępowanie w pourazowym uszkodzeniu zębów stałych z niezakończonym rozwojem korzenia	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ**

Termin stażu cząstkowego w zakresie chirurgii stomatologicznej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>	
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

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

zastosowanie badań: radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej	
znieczulenie nasiękowe i przewodowe zewnętrzne i wewnętrzne 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 CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE ORTODONCJI**

Termin stażu cząstkowego w zakresie ortodoncji od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
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	<input type="text"/>
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

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

ustalenie wskazań do wykonywania następujących badań: a) radiologicznych (ortopantomogramy, teleraдиоgramy, rtg przylegające osiowe), b) ustalania wieku zębowego i kostnego, c) czynnościowych narządu żucia	
ocena wskazań do: a) ortodontycznej ekstrakcji zębów mlecznych i stałych, b) leczenia zespołowego wad twarzo-szczękowo-zgryzowych	
wykonanie wycisku diagnostycznego i pobranie zgryzu diagnostycznego	
opiłowanie guzków klinujących zęby mleczne	
stosowanie mioterapii	
leczenie prostymi aparatami ortodontycznymi (płytki przedścionkowa, utrzymywacz przestrzeni)	
ocena klinicznej możliwości reperacji uszkodzonego aparatu	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ**

Termin stażu cząstkowego w zakresie protetyki stomatologicznej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>	
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

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

wykonanie kliniczne protezy stałej: wkładu 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	Pieczątka i podpis opiekuna

<p>UWAGI:</p>
