

WZÓR NR 1/4  
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><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><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>															
						-			-																					
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/ Wojсковej Izby Lekarskiej		numer rejestru <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> </tr> </table>			-			-																						
		-			-																									
w																														
Data	Podpis i pieczęć przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojсковej Rady Lekarskiej																													
Pieczęć podmiotu uprawnionego		Numer wpisu na listę marszałka województwa																												
Nazwa podmiotu uprawnionego																														
Adres																														
Okres zatrudnienia od <table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> </table> do <table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> </table>					-			-											-			-								
		-			-																									
		-			-																									
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu Uprawnionego																													

Staż został przedłużony od	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">do</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>			-			-					do		-		-					
		-			-					do		-		-							
z powodu																					
Staż został przedłużony od	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">do</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>			-			-					do		-		-					
		-			-					do		-		-							
z powodu																					
Staż został przedłużony od	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">do</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>			-			-					do		-		-					
		-			-					do		-		-							
z powodu																					
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																				
Nazwa podmiotu uprawnionego																					
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego																					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">w okresie od</td> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;">do</td> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>		w okresie od			-			-					do			-		-			
w okresie od			-			-					do			-		-					
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																				

WZÓR NR 3/4  
KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

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

WZÓR NR 4/4

**STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII  
Z ZAKRESU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ**

Termin stażu częstkowego z zakresu stomatologii zachowawczej				
od				
do				
Imię i nazwisko opiekuna				
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył staż częstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna			
<b>Złożył sprawdzian końcowy</b>				
<table border="1" style="margin: auto;"><tr><td style="width: 15%; padding: 2px;"><b>Data</b></td><td style="width: 55%; padding: 2px;"></td><td style="width: 30%; padding: 2px;"></td></tr></table>		<b>Data</b>		
<b>Data</b>				
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			
UWAGI:				

## WZÓR NR 5/4

### 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 nie próchnicowego 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 ówiekami 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 uszczelniaaczy bruzd)	
Planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
<b>UWAGI:</b>	

# WZÓR NR 6/4

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

Termin stażu częściowego z zakresu stomatologii dziecięcej		od		do				
Imię i nazwisko opiekuna								
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczątką i podpis opiekuna					
Odbył staż częściowy zgodnie z programem			Pieczątką i podpis opiekuna					
<p align="center"><b>Złożył sprawdzian końcowy</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Data</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<b>Data</b>		
<b>Data</b>								
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)					
<p>UWAGI:</p>     								

## WZÓR NR 7/4

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

Ocena wieku zębowego	
Diagnozowanie zaburzeń oraz wad rozwojowych w uzębieniu mlecznym i stałym	
Diagnozowanie 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 zewnątrzustnych i wewnątrzustnych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

WZÓR NR 8/4

**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		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
<b>Złożył sprawdzian końcowy</b>					
Data					
Pieczątką oddziału		Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			
UWAGI:					



WZÓR NR 9/4

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 nasiękowe i przewodowe zewnątrzustne i wewnątrzustne 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:

# WZÓR NR 10/4

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU ORTODONCJI

Termin stażu częściowego z zakresu ortodoncji		od		do				
Imię i nazwisko opiekuna								
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczątką i podpis opiekuna					
Odbył staż częściowy zgodnie z programem			Pieczątką i podpis opiekuna					
<p align="center"><b>Złożył sprawdzian końcowy</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Data</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<b>Data</b>		
<b>Data</b>								
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)					
<p>UWAGI:</p>     								

## WZÓR NR 11/4

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

Postępowanie diagnostyczne w nabytych wadach zgryzu:

- a) badanie kliniczne z oceną czynności narządów jamy ustnej,
- b) 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:

# WZÓR NR 12/4

## STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu częściowego z zakresu protetyki stomatologicznej		od		do				
Imię i nazwisko opiekuna								
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna					
Odbył staż częściowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna					
<p align="center"><b>Złożył sprawdzian końcowy</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Data</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<b>Data</b>		
<b>Data</b>								
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)					
<p>UWAGI:</p>    								

## WZÓR NR 13/4

### 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 łanej 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:

WZÓR NR 14/4

STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII  
Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII

Termin stażu częściowego z zakresu periodontologii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczątką i podpis opiekuna		
Odbył staż częściowy zgodnie z programem			Pieczątką i podpis opiekuna		
<b>Złożył sprawdzian końcowy</b>					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

## WZÓR NR 15/4

### STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII UMIEJĘTNOŚCI 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 nad- 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

WZÓR NR 16/4

KURS Z ZAKRESU MEDYCYNY RATUNKOWEJ

W .....					
.....					
Termin kursu	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;">od</td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;">do</td><td style="width: 30%; height: 20px;"></td></tr></table>	od		do	
od		do			
Imię i nazwisko wykładowcy					
Data	Piecątka i podpis osoby przeprowadzającej sprawdzian końcowy				
UWAGI:					



WZÓR NR 17/4

**STAŻ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI  
ZAKAŻEŃ HIV, HCV, 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, HCV, diagnostyki i leczenia AIDS</b>				
Data		Pieczęć i podpis		

WZÓR NR 18/4

**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		

WZÓR NR 19/4  
STAŻ Z ZAKRESU BIOETYKI I KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

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

WZÓR NR 20/4  
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	Pieczętka i podpis

WZÓR NR 21/4

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**

<b>w okresie od</b>		<b>do</b>	
---------------------	--	-----------	--

**oraz złożył wymagane sprawdziany i kolokwium końcowe**

Data

Podpis i pieczęć  
koordynatora stażu