



**Potvrzení o praxi v zubní ordinaci v souladu s vyhláškou 55/2011 Sb., v platném znění,
o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**

Potvrzujeme, že pan/paní

narozena/a

na našem pracovišti (uved'te název pracoviště a jeho adresu, telefonický kontakt nebo email)

.....
.....

v souladu s § 40 vyhlášky 55/2011 Sb., v platném znění, **vykonával/a** pod odborným dohledem zubního lékaře, případně dentální hygienistky, **následující činnosti:**

- asistoval/a při ošetření dutiny ústní a zpracovával/a dentální materiály v ordinaci,
- pečoval/a o pacienty v průběhu ošetření zubním lékařem,
- vyvolával/a RTG snímky,
- výchovnou činnost v rámci zubní prevence a preventivní péče o ústní hygienu.

v rozsahu své odborné způsobilosti vykonával/a činnosti při

- přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků
- přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby.

po dobu (zaškrtněte)

- méně než 6 měsíců
- 6 měsíců až 1 rok
- více než 1 rok až 2 roky
- více než 2 roky

s průměrným úvazkem za uvedené období ve výši

- (zaškrtněte)
- méně než 0,5
 - 0,5 a více

Toto potvrzení se vydává za účelem přiznání bodového hodnocení v rámci přijímacího řízení ke studiu oboru diplomovaná dentální hygienistka v kombinované formě vzdělávání.

V dne

Jméno osoby, která potvrzení vydává a zodpovídá za pravdivost údajů, a její podpis: