Integrierter Kurs – Behandlungsplanung

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Universitätsmedizin GREIFSWALD

Student: _____ Datum: _____

Patient: _____ Art der Arbeit: _____

letzter Behandlungsschritt:

heutiger Behandlungsschritt: (Ablauf/Instrumente/Materialien/Schleifkörper/Präparation/Trayvorbereitung/mögliche Risiken)

Selbsteinschätzung (vorher): sehr leicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schwer

nächster Schritt im Labor:

nächster Behandlungsschritt:

abschließende Reflexion:

Selbsteinschätzung (abschließend): sehr leicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schwer

Feedback (Assistent):

Unterschrift Student

Unterschrift Assistent