فرم ارزیابی مهارت های عملی بیماریهای دهان عملی

نام و نام خانوادگی دانشجو　　گروه　　روز بخش

تاریخ																	
پر کردن کامل پرونده																	
آشنایی با ملاحظات دندانپزشکی																	
معاینه صحیح بیمار																	
کنترل عفونت																	
رعایت نظم و قوانین بخش																	
ارزیابی کلی																	
مهر و امضا																	