



SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta:

Cel zgłoszenia: (numer zęba)

- a) Konsultacja
- b) Pierwotne leczenie kanałowe
- c) Powtórne leczenie kanałowe
- d) Usunięcie złamanego narzędzia
- e) Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego
- f) Zamknięcie perforacji
- g) Zabieg resekcji wierzchołka korzenia
- h) Zabieg radektomii, hemisekcji, premolaryzacji
- i) Zabieg wydłużenia korony klinicznej
- j) Zabieg korekty uśmiechu dziąsłowego
- k) Zabieg pokrycia recesji dziąsłowych

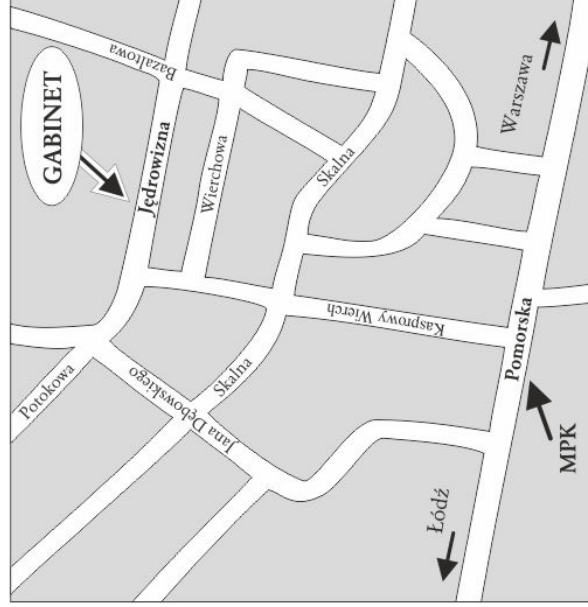
Dane kontaktowe lekarza kierującego (TELEFON, e-mail):

Przebieg dotychczasowego leczenia:
.....
.....

Dodatkowe informacje (np. w przypadku złamanego narzędzia – w którym kanale się
złamało, jaki typ narzędzia):

.....
.....

Pieczętka i podpis



MAPA DOJAZDU