

SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

do:

Praktyki Dentystycznej KAdent
ul. Bogusława 33/2
70-246 Szczecin
Tel. 91 4336 332

Imię i Nazwisko pacjenta:

Ząb nr:

Rozpoznanie:

Przeznaczenie zęba:

- pojedyncza korona
- filar mostu
- ząb filarowy dla protez ruchomych
- odbudowa kompozytowa

Ząb przygotowany pod leczenie endo:

- nie wykonano
- zlecam odbudowę

Opis dotychczasowego leczenia (kiedy i jakie zabiegi)

.....

.....

.....

Po leczeniu endodontycznym proszę:

- nie odbudowywać zęba
- nie odbudowywać zęba, ale z pozostawić miejsce na włókno szklane w kanale
- odbudować pod planowaną koronę protetyczną z użyciem wkładów z włókna szklanego
- inne

Lekarz kierujący

Adres gabinetu.....

Adres mailowy (w sytuacji gdy lekarz kierujący chce otrzymać bezpośrednio informację o zakończonym leczeniu wraz ze zdjęciem RTG)

Uwagi i wskazówki

.....

.....

.....

Data i podpis