

SKIEROWANIE NA LECZENIE CHIRURGICZNE I IMPLANTOLOGICZNE

Do:

NZOZ ARTDENT

Centrum Stomatologii

Ul. Narutowicza 3A/46

37-450 Stalowa Wola

Tel. 534-250-250

Gabinet kierujący pacjenta na leczenie:

.....

Lekarz kierujący:

Data i podpis lekarza kierującego:

Pacjent:

nazwisko i imię: **wiek:**

Historia choroby:

ząb nr:

Rozpoznanie:.....

.....

Przeprowadzone leczenie (kiedy, jakie zabiegi).....

.....

.....

.....

UWAGA!!!

W ramach skierowania będzie przeprowadzone wyłącznie leczenie chirurgiczne lub implantologiczne wskazanego w niniejszym skierowaniu zęba.

Pozostałe etapy leczenia wykona lekarz prowadzący.