

SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Do:

NZOZ ARTDENT

Centrum Stomatologii

Ul. Narutowicza 3A/46

37-450 Stalowa Wola

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 endodontyczne wskazanego w niniejszym skierowaniu zęba.

Pozostałe etapy leczenia (wypełnienie, odbudowa na wkładzie koronowo-korzeniowym, korona protetyczna, itp.) wykona lekarz prowadzący.