



ul. Bronowicka 73, 30-091 Kraków | tel. +48 451 633 101 | www.dreamdental.pl

SKIEROWANIE NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Data skierowania:

Imię i nazwisko pacjenta:

Rozpoznanie:

Rejon w jamie ustnej/zęb:

Proszę o wykonanie:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> wszczepienie implantu | <input type="checkbox"/> korony protetycznej | <input type="checkbox"/> leczenia kanałowego pierwotnego/ponownego* |
| <input type="checkbox"/> korytkotomii | <input type="checkbox"/> mostu protetycznego | <input type="checkbox"/> usunięcie narzędzia kanałowego |
| <input type="checkbox"/> resekcji wierzchołka korzenia | <input type="checkbox"/> protezy | <input type="checkbox"/> konsultacji chirurgicznej/implantologicznej/
endodontycznej/protetycznej* |
| <input type="checkbox"/> odsłonięcie zęba zatrzymanego | | |
| <input type="checkbox"/> autotransplantacji zęba | | |
| <input type="checkbox"/> ekstrakcji | | |
| <input type="checkbox"/> wyłuszczenie torbieli | | |
| <input type="checkbox"/> inne:..... | | |

Opis dotychczasowego leczenia:

.....
.....

Do skierowania dołączono:

.....
.....

Uwagi i wskazówki:

.....
.....

Lekarz kierujący (imię, nazwisko, nr telefonu):

pieczęć placówki kierującej

*niepotrzebne skreślić