



Lecznica Stomatologiczna | Centrum Endodoncji

adres: ul. Kolejowa 20, 05-220 Zielonka

tel.: 22 76 10 100

email: amolar@amolar.pl

SKIEROWANIE

Data: _____

Imię i Nazwisko Pacjenta: _____

PESEL Pacjenta: _____

Pieczętka kliniki kierującej Pacjenta: _____

Ząb/Zęby:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

Proszę zaznaczyć usługę/usługi obejmujące skierowanie:

- Konsultacja
- Konsultacja i leczenie, jeśli wskazane (pierwotne leczenie endodontyczne)
- Konsultacja i leczenie, jeśli wskazane (powtórne leczenie endodontyczne lub zabieg mikrochirurgii endodontycznej)
- Pozostawienie przestrzeni na zacementowanie wkładów koronowo-korzeniowych

Dodatkowe komentarze: _____

Pieczętka i podpis lekarza kierującego,
