



Lecznica Stomatologiczna Afident
ul. Pułtуска 21 lok U19
04-331 Warszawa
tel.: 604 141 736, (22) 610 44 45
mail: afident.recepcja@gmail.com

Skierowanie na leczenie endodontyczne

Imię i nazwisko pacjenta:

Proszę o leczenie kanałowe zęba(-ów):

Rozpoznanie:

Historia leczenia zęba(-ów):

.....

.....

.....

.....

Ząb przygotowany do leczenia kanałowego:

- nie wykonano, zlecam tymczasową odbudowę do leczenia
- z kompozytu tymczasowo
- z kompozytu ostatecznie

Planowana odbudowa zęba (-ów):

.....

- Odbudowę wykonuje lekarz prowadzący
- Proszę przygotować pod wkład

Lekarz kierujący:

Kontakt:

.....

(Data)

.....

(Podpis)