

.....
Pieczętka praktyki
.....

.....
Data
.....



SKIEROWANIE NA LECZENIE KANAŁOWE DO MERCEDENS Sp. z o.o.

Pani/Pan

PESEL Wiek

Adres zamieszkania

Proszę o wykonanie leczenia zęba nr

- leczenie kanałowe (pierwotne)
- powtórne leczenie kanałowe
- udrożnienie kanału
- usunięcie złamanego narzędzia kanałowego
- zamknięcie perforacji z leczeniem kanałowym
- inne

Krótki opis dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

Plan dalszego leczenia

.....

.....

.....

Pacjent posiada/ nie posiada zdjęcie RTG przed leczeniem.

załączam zdjęcie do skierowania

.....
Podpis i pieczętka lekarza