SKRZYPEK
STOMATOLOGIA

570 560 560 E-mail:
gabinet@skrzypekstomatologia.pl
Łódź, ul. Rokicińska 56
www.skrzypekstomatologia.pl

SKIEROWANIE DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO PACJENTA do kliniki SKRZYPEK STOMATOLOGIA

Imię i nazwisko Pacjenta: _____

Cel skierowania:

- ☐ Konsultacja implanto-protetyczna
- ☐ Leczenie kanałowe
- ☐ Powtórne leczenie kanałowe
- ☐ Usunięcie złamanego narzędzia lub igły Lentulo
- ☐ Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego
- ☐ Zamknięcie perforacji
- ☐ Zabieg resekcji korzenia
- ☐ Inne: _____

Numer zęba:

Przebieg dotychczasowego leczenia:

Pacjent po zakończonym leczeniu zawsze wraca do lekarza kierującego ze zdjęciem rentgenowskim i opisem wykonanego zabiegu.

_____
Data i podpis lekarza kierującego