

SKIEROWANIE DO KLINIKI CITY DENT W KONINIE,

uL.Spółdzielców 46/6p

tel. 63-245-00-33

Lekarz kierujący: .....

Tel . kontaktowy ..... , e-mail: .....

Imię i nazwisko pacjenta....., Nr zęba .....

Kieruję pacjenta w celu:

1.Konsultacji i/lub leczenia:.....

2. Usunięcia wkładu lub złamanego narzędzia

3. Leczenia endodontycznego do etapu:

- opracowania kanałów

- wypełnienia kanałów

- przygotowania zęba pod odbudowę protetyczną ( włókno szklane)

- inne.....

.....

.....

Opis sytuacji obecnej / prosimy o uwzględnienie rozpoznania, stosowanych narzędzi, leków,  
materiałów wypełniających oraz zdjęć rtg/

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data, miejscowość.....

Podpis i pieczęć lekarz .....