

Skierowanie na leczenie endodontyczne

Data: / /

Dane lekarza kierującego:

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko pacjenta:

PRZYCZYNA SKIEROWANIA (np. leczenie kanałowe pierwotne, powtórne, zamknięcie perforacji, usunięcie złamanego narzędzia)

Krótki opis dotychczasowego leczenia przeprowadzonego w gabinecie:

ZALECENIA PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA

Po leczeniu kanałowym proszę o:

- ☐ tymczasowe zabezpieczenie zęba opatrunkiem twardym
- ☐ odbudowę zęba pod koronę z użyciem wkładów z włókna szklanego
- ☐ dokończenie leczenia według własnego planu