

Z I E M K O W S K A C L I N I C
STOMATOLOGIA

SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

ZIEMKOWSKA CLINIC SP. Z O.O.

ul. Złota 2 lok. U5, 15-016 Białystok
tel.: 85 676 13 05, 602 323 118
e-mail.: rejestracja@ziemkowskaclinic.pl

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko:

.....

Proszę o leczenie kanałowe zęba(-ów):

.....

Rozpoznanie:

.....

Historia leczenia zęba(-ów):

.....

.....

.....

.....

.....

Planowana odbudowa zęba (-ów):

.....

.....

.....

- Odbudowę wykonuje lekarz prowadzący
 Proszę przygotować kanał pod wkład

LEKARZ KIERUJĄCY:

Imię i Nazwisko:

.....

Kontakt:

.....

.....

(data)

.....

(podpis)