Szarkowicz Centrum Stomatologii

ul. Westerplatte 27

33-100 Tarnów

tel. 533-444-230

**Skierowanie na leczenie endodontyczne**

Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………………………………………..

Dane lekarza kierującego …………………………………………………………………………………….

Tel. Kontaktowy/Mail ………………………………………………………………………………………….

**Przyczyna skierowania**

* Leczenie kanałowe pierwotne
* Leczenie kanałowe powtórne
* Zamknięcie perforacji z leczeniem kanałowym
* Usunięcie złamanego narzędzia kanałowego
* Usunięcie wkładu koronowo - korzeniowego

Krótki opis dotychczasowego leczenia przeprowadzanego w gabinecie :

………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………

**Zalecenia po zakończeniu leczenia :**

Po zakończonym leczeniu kanałowym proszę o :

* Tymczasowe zabezpieczenie zęba opatrunkiem twardym
* Odbudowę zęba pod koronę z użyciem wkładów z włókna szklanego
* Dokończenie leczenia według własnego planu

………………………………………………..

(podpis lekarza kierującego)