

SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i Nazwisko Pacjenta:

Leczenie endodontyczne zębów/zęba nr:

Rozpoznanie:

Przeprowadzone dotychczasowe leczenie:

Docelowe przeznaczenie zęba / zębów zgodnie z planem leczenia:

- Pojedyncza korona lub inlay / onlay
- Ząb retencyjny dla protez ruchomych
- Filar mostu
- Odbudowa kompozytowa

Ząb / zęby przygotowano pod leczenie endodontyczne i koferdam:

- Nie wykonano – zlecam odbudowę
- Z kompozytu tymczasowego
- Z kompozytu ostatecznego

Po leczeniu endodontycznym proszę:

- Nie odbudowywać zęba – fletcher
- Nie odbudowywać zęba – zaopatrzyć glijasjonomerem
- Odbudować na włóknie szklanym wraz ze zrębem koronowym – przygotować filar
- Odbudować jedynie z kompozytu – jako odbudowę ostateczną
- Odbudować z kompozytu z włóknami sztucznymi – jako odbudowę ostateczną

Uwagi i wskazówki dodatkowe:

.....

Załączniki przekazane Pacjentowi:

- Zdjęcie wewnątrzustne
- Zdjęcie panoramiczne
- Tomografia komputerowa

Pieczęć Gabinetu kierującego

.....

Pieczęć Lekarza kierującego

.....

