

NSZOZ I-DENT  
ul. Małkowskiego 6/2, 70-305 Szczecin  
tel./fax +48 91 489-40-04, 422-72-77  
www.i-dent.pl, e-mail: [i-dent@post.pl](mailto:i-dent@post.pl)

## SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i Nazwisko Pacjenta: .....  
Leczenie endodontyczne zębów/zęba nr: .....  
Rozpoznanie: .....  
Przeprowadzone dotychczasowe leczenie: .....

Po leczeniu endodontycznym proszę:

- Nie odbudowywać zęba – fleczer
- Nie odbudowywać zęba – zaopatrzyć giasjonomerem
- 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