

## SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Leczenie endodontyczne zęba nr: .....

Rozpoznanie: .....

.....

Dotychczas przeprowadzone zabiegi: .....

.....

Dodatkowe uwagi: .....

.....

### LEKARZ KIERUJĄCY:

Imię i nazwisko: .....

Telefon kontaktowy: .....

Data: .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

