

SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

endo  team

Dane podmiotu kierującego

Dane lekarza kierującego
(podpis, pieczęć)

Numer telefonu

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL: _____

1. Rozpoznanie / Zakres: _____

2. Data ostatniej wizyty: _____

3. Dotychczasowy przebieg leczenia endodontycznego (jeśli było rozpoczęte): _____

4. Planowany rodzaj odbudowy: _____

5. Dodatkowe informacje: _____

Zgoda pacjenta na udostępnienie drogą elektroniczną dokumentacji medycznej związanej z przeprowadzonym leczeniem.

Adres e-mailowy lekarza prowadzącego

Wyrażam zgodę. Data i podpis pacjenta



ul. Powstańców Śląskich 123/66, 01-355 Warszawa, tel. (022) 638 02 83
Klinika czynna: od pon. do pt. 9:00-21:00, soboty 9:00-14:00
e-mail: recepcja@dentalmedicenter.pl, biuro@dentalmedicenter.pl

