■ Leczenie endodontyczne

endo team

SKIEROWANIE

DANE LEKARZA KIERUJĄCEGO

Imię i nazwisko :

Numer telefonu :

Adres e-mail :

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza czytelnie, drukowanymi literami

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko :

Numer telefonu :

Adres e-mail :

Rozpoznanie / Zakres :

Data ostatniej wizyty :

Dotychczasowy przebieg leczenia endodontycznego (jeśli było rozpoczęte) :

Planowany rodzaj odbudowy :

Rodzaj bezpośredniej rekonstrukcji post-endodontycznej, która ma zostać wykonana przez lekarza * :

- ☐ Uszczelnienie ujść kanałów oraz odbudowa dostępu endodontycznego kompozytem (jest to jedynie rozwiązanie doraźne i wymaga ostatecznej rekonstrukcji zęba)
- ☐ Wkład koronowo-korzeniowy z włókna szklanego wraz z odbudową zrębu zęba pod docelową odbudowę protetyczną
- ☐ Wkład koronowo-korzeniowy metalowy standardowy (tzw. Anker - cementowany pasywnie) wraz z odbudową zrębu zęba pod docelową odbudowę protetyczną
- ☐ Brak odbudowy (jedynie tymczasowe zabezpieczenie ubytku)

Dodatkowe informacje :

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

..... Adres e-mailowy lekarza prowadzącego

..... Wyrażam zgodę / Data i podpis pacjenta

** W razie wyboru braku odbudowy post-endodontycznej Bio Sfera Sp. z o.o. i Dental Medicenter Sp. z o.o. NIE BIORĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI za ewentualne problemy wynikłe po leczeniu endodontycznym, których przyczyną mogło być rozszczelnienie systemu endodontycznego lub inne powikłania mogące powstać podczas leczenia odtwórczego (np. perforacje).*

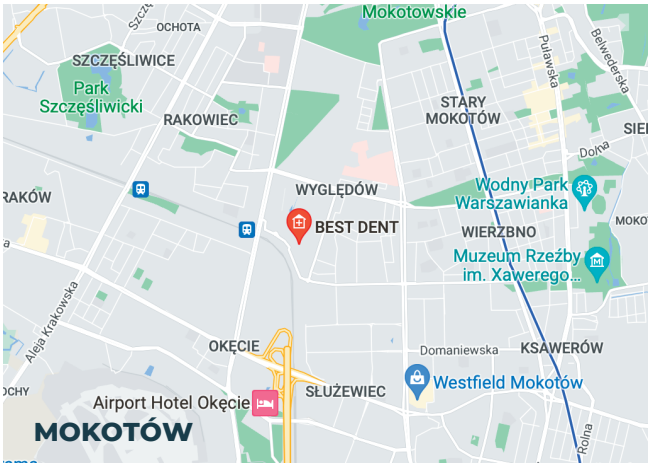
■ Leczenie endodontyczne

endo team

SKIEROWANIE

DWIE LOKALIZACJE - JEDNA JAKOŚĆ

WWW.BESTDENT.COM.PL



ul. Przejazd 2 , 02-654 Warszawa

WWW.DENTALMEDICENTER.PL

Ul. Powstańców Śląskich 123 lok. 66 , 01-355 Warszawa

SKONTAKTUJ SIĘ Z NAMI:
TEL. +48 22 120 20 99
E-MAIL: ENDO@DENTALMEDICENTER.PL