



**KUŹMIŃSCY**  
STOMATOLOGIA

**SKIEROWANIE DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO PACJENTA**

do kliniki NZOZ Kuźmińscy Stomatologia

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_

Proszę o przeprowadzenie leczenia zębów w celu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dotychczasowe rozpoznanie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dodatkowe informacje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dane kontaktowe lekarza kierującego (telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis lekarza kierującego

Pacjent po zakończonym leczeniu zawsze wraca do lekarza kierującego  
ze zdjęciem rentgenowskim i opisem wykonanego zabiegu.