



**KUŹMIŃSCY**  
STOMATOLOGIA

## **SKIEROWANIE DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO PACJENTA**

do kliniki NZOZ Kuźmińscy Stomatologia

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_

Cel skierowania:

1. Konsultacja
2. Leczenie kanałowe
3. Powtórne leczenie kanałowe
4. Usunięcie złamanego narzędzia lub igły Lentulo
5. Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego
6. Zamknięcie perforacji
7. Zabieg resekcji korzenia
8. Inne: \_\_\_\_\_

Numer zęba: \_\_\_\_\_

Przebieg dotychczasowego leczenia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.