

NZOS „MEDI-DENT” / ul. bp A. Śmigielskiego 11B / 42-500 Będzin / tel. 32 761 07 17 / tel. 602 747 256

**** 

**SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE**

Imię i Nazwisko pacjenta.........................……………………………………………………….

Leczenie endodontyczne zęba nr: ……..................……………………………………………..

Rozpoznanie: ……....……………………………………………………………………………

**Przeznaczenie zęba:**

 pojedyncza korona, filar mostu,

 ząb retencyjny dla protez ruchomych, odbudowa kompozytowa

**Ząb przygotowano pod leczenie endo:**

 nie wykonano, zlecam odbudowę

 z kompozytu tymczasowo

 z kompozytu ostatecznie

Jako wkładkę leczniczą do zęba założono w dniu: ………........………………………………..

Ropień nacięto w dniu.........................…………………………………………………………..

Zapisano antybiotyk: ……........…………………………………………………………………

**Po leczeniu endodontycznym proszę:**

 nie odbudowywać zęba,

 nie odbudowywać zęba, ale zostawić miejsce na włókno w kanale

 odbudować pod koronę protetyczną z użyciem wkładów z włókna szklanego/tytanowych/złotych

 odbudować z kompozytu z włóknami szklanymi/tytanowymi/złotymi jako odbudowę ostateczną

 odbudować z kompozytu

 odbudować protetycznie onlay

 endokorona

 wkład metalowy

 koronę porcelanową

Uwagi i wskazówki:

Data: Pieczęć gabinetu Lekarz kierujący