

## SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

**Do:**

**Centrum Stomatologii i Endodoncji Mikroskopowej  
Sfera Zdrowego Uśmiechu  
lekarz stomatolog Agata Weksej**

**ul. Cyniarska 38, I p.  
43-300 Bielsko-Biała  
tel. 33 812 49 25, 601 222 322**

**Gabinet kierujący pacjenta na leczenie:.....**

.....

**Lekarz kierujący: .....**

**Adres gabinetu: .....**

**Pacjent:**

**nazwisko i imię, wiek.....**

**Historia choroby:**

**ząb nr: .....**

**Rozpoznanie, przeprowadzone leczenie (kiedy, jakie zabiegi).....**

.....

.....

.....

**Data i podpis lekarza kierującego: .....**

**UWAGA!!!**

**W ramach skierowania będzie przeprowadzone wyłącznie leczenie endodontyczne  
wskazanego w niniejszym skierowaniu zęba.**

**Pozostałe etapy leczenia (wypełnienie, odbudowa na wkładzie koronowo-korzeniowym,  
korona protetyczna) wykona lekarz prowadzący.**