



Stomatologia

Piotr Szczęsny

📍 ul. Warszawska 146, 25-411 Kielce 📞 451 086 466 🌐 stomatologiaszczesny.pl

SKIEROWANIE NA STOMATOLOGICZNE LECZENIE CHIRURGICZNE

Data skierowania: _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Rozpoznanie: _____

Rejon w jamie ustnej/zęb: _____

Proszę o wykonanie:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> wszczepienie implantu | <input type="checkbox"/> zał. śruby gojącej na implant | <input type="checkbox"/> sterowana regeneracja kości |
| <input type="checkbox"/> podniesienie dna zatoki szcz. | <input type="checkbox"/> pokrycie recesji dziąsłowej | <input type="checkbox"/> usunięcie zęba |
| <input type="checkbox"/> odtworzenie strefy dziąsła związanego | <input type="checkbox"/> pogrubienie biotypu dziąsła | <input type="checkbox"/> koryktomia |
| <input type="checkbox"/> odstąpienie zęba zatrzymanego | <input type="checkbox"/> leczenie resorpcji zewnętrznej | <input type="checkbox"/> resekcja wierzchołka korzenia zęba |
| <input type="checkbox"/> pogłębienie przedsionka jamy ustnej | <input type="checkbox"/> wydłużenie korony klinicznej | <input type="checkbox"/> autotransplantacja zęba |
| <input type="checkbox"/> konsultacja | | |
| <input type="checkbox"/> inne _____ | | |

Opis dotychczasowego leczenia: _____

Do skierowania dołączono: _____

Uwagi i wskazówki: _____

Lekarz kierujący (imię, nazwisko, tel.): _____

[pięczęć placówki kierującej]