



## **Skierowanie na leczenie endodontyczne**

**Proszę o wykonanie leczenia kanałowego przez gabinet Endoexpert Stomatologia Łukasz Kwolek mieszący się przy ulicy Rzepakowej 4g/u6, 40-547 Katowice.**

**imię i nazwisko pacjenta:**

**pieczętka lekarza i jednostki kierującej:**

**numer zęba do leczenia oraz wstępna diagnoza:**

**data i podpis lekarza:**

**Szanowni Państwo, w ramach skierowania zostanie przeprowadzone tylko leczenie kanałowe zęba oznaczonego w zleceniu. Pacjent opuszcza nasz gabinet z wykonanym leczeniem kanałowym, materiałem tymczasowym zabezpieczającym tkanki twarde oraz kompletem zdjęć rtg. Wszelkie informacje o dalszym postępowaniu zostaną przekazane pacjentowi w formie ustnej. Faza odbudowy / założenie wkładu kk, odbudowa materiałem kompozytowym / należą do lekarza kierującego.**