

**SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Leczenie zęba nr: .....

Rozpoznanie: .....

Opis dotychczasowego leczenia: .....

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

Ropień nacięto w dniu .....

Zapisano następujące leki: .....

Data ostatniej wizyty pacjenta / aktualne dolegliwości bólowe: .....

**Przeznaczenie zęba:**

- pojedyncza korona
- filar mostu
- ząb retencyjny dla protez ruchomych
- odbudowa kompozytowa

**Ząb przygotowany pod leczenie endodontyczne:**

- nie wykonano, zlecam odbudowę
- z kompozytu tymczasowo
- z kompozytu ostatecznie

**Proszę o wykonanie następujących zabiegów:**

- leczenie kanałowe pierwotne
- leczenie kanałowe powtórne
- zamknięcie perforacji z leczeniem kanałowym
- usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego
- udrożnienie zobliterowanego kanału
- usunięcie lub obejście złamanego narzędzia w kanale
- inne

**Po przeprowadzeniu leczenia proszę:**

- nie odbudowywać zęba
- nie odbudowywać zęba, ale zostawić miejsce na wkład korono-korzeniowy
- odbudować pod koronę protetyczną z użyciem wkładu z włókna szklanego
- odbudować z kompozytu wzmocnionego włóknem szklanym
- odbudować protetycznie onlay'em
- odbudować protetycznie koroną proteyiczną

Do skierowania załączam: .....

*Zgoda pacjenta na udostępnienie drogą elektroniczną dokumentacji medycznej związanej z przeprowadzanym leczeniem.*

Adres e-mail lekarza prowadzącego: .....

Wyrażam zgodę. Data i podpis pacjenta

Lekarz kierujący  
pieczęć / podpis  
data wystawienia skierowania