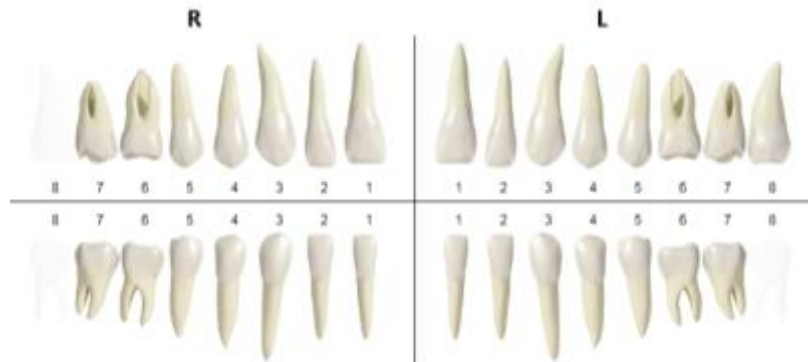


SKIEROWANIE NA HIGIENIZACJĘ

Imię i nazwisko pacjenta _____ Lekarz kierujący _____

PESEL _____ Telefon _____



PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNO LUB WIĘCEJ

- Usunięcie kamienia poddziąstłowego
- Usunięcie kamienia naddziąstłowego, piaskowanie, fluoryzacja
- Fotoaktywna dezynfekcja
- Inne: _____

DOTYCHCZAS STOSOWANE LEKI ORAZ PREPARATY

UWAGI