

SKIEROWANIE NA ZABIEG IMPLANTACJI

Imię i nazwisko pacjenta _____ Lekarz kierujący _____

PESEL _____ Telefon _____

- IMPLANTACJA
- IMPLANTACJA WRAZ Z ODBUDOWĄ
PROTETYCZNĄ



PROSZĘ O ZAZNCZENIE OKOLICY IMPLANTACJI
ORAZ O OKREŚLENIE CZASU JAKI UPŁYNAŁ
OD USUNIĘCIA

OKOLICZNOŚCI UTRATY ZĘBA

RODZAJ PLANOWANEGO UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO

DOTYCHCZAS STOSOWANE LEKI ORAZ WYKONYWANE ZABIEGI

UWAGI