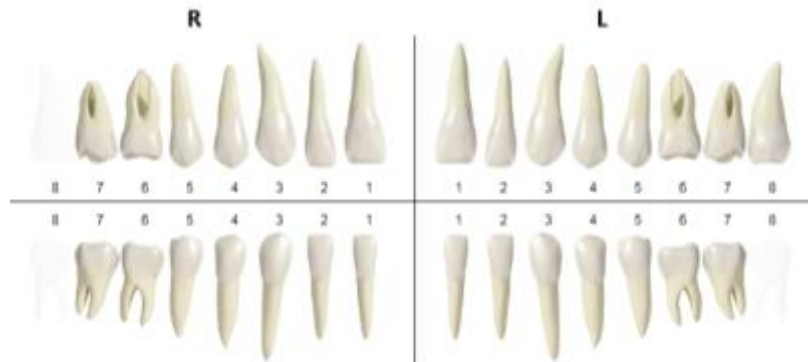


## SKIEROWANIE NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ Lekarz kierujący \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_



### DIAGNOZA

- Zgorzel miazgi
- Zapalenie miazgi
- Zapalenie ropne
- Próchnicowe obnażenie miazgi
- Inne \_\_\_\_\_

### CEL SKIEROWANIA

### DOTYCHCZAS STOSOWANE LEKI ORAZ PREPARATY

### UWAGI