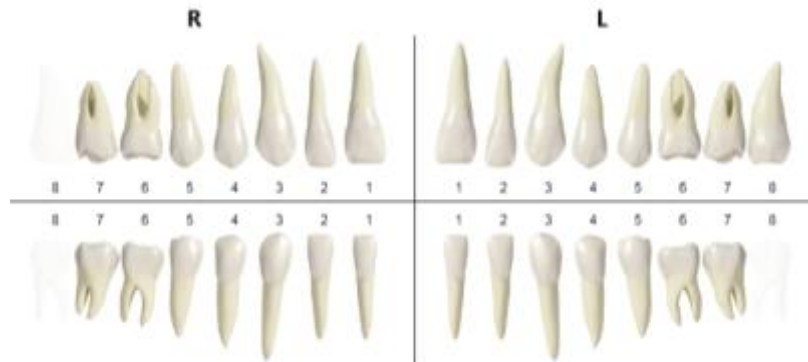


SKIEROWANIE NA WYBIELANIE ZĘBÓW

Imię i nazwisko pacjenta _____ Lekarz kierujący _____

PESEL _____ Telefon _____



PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNO LUB WIĘCEJ

- Wybielanie zewnętrzne
- Wybielanie wewnętrzne (proszę zaznaczyć zęby na diagramie)

DOTYCHCZAS STOSOWANE TECHNIKI WYBIELANIA ORAZ PREPARATY

UWAGI