…………………….., dnia …………………

(miejscowość)

……………………………………….…

(pieczątka gabinetu kierującego)

**SKIEROWANIE NA LECZENIE KANAŁOWE**

**Proszę o wykonanie leczenia zęba nr** ………..……. **u Pani/Pana** ………………………...……………………

□ leczenie kanałowe pierwotne

□ powtórne leczenie kanałowe

□ udrożnienie kanału……………………………………………………………………………………………………………...

□ zamknięcie perforacji z leczeniem kanałowym

□ usunięcie złamanego narzędzia kanałowego

□ …………………………………………………………………………………………....................................................

**Krótki opis dotychczasowego leczenia prowadzonego w gabinecie kierującym:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..…………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Pacjent posiada/ nie posiada zdjęcie RTG przed leczeniem.**

(proszę o dołączenie zdjęć rtg/rvg)

**Plan dalszego leczenia:**

□ odbudowa zęba kompozytem

□ odbudowa zęba inleyem, onleyem, lub endokoroną

□ odbudowa zęba koroną protetyczną

□ wykorzystanie zęba jako filaru mostu

**Po leczeniu kanałowym proszę o:**

□ tymczasowe zabezpieczenie zęba cementem

□ odbudowę zęba pod koronę z użyciem wkładów koronowo-korzeniowych

□ dokończenie leczenia według własnego planu

…………………………………………………..

(podpis i pieczątka lekarza kierującego)