

# Žádanka na dentální hygienu

## Osobní data

Příjmení  Jméno  Titul

Rodné číslo  /  Pojišťovna (číslo)

## Kontakt na delegujícího lékaře

Příjmení  Jméno  Titul

E-mail  Tel.

## Indikace

Malhygiena  Gingivitis  Pomalu progredující parodontitis  Rychle progredující parodontitis

Jiná

## Požadované ošetření

Motivace a instruktáž dentální hygieny  Depurace  Pískování  Fluoridace  Bělení zubů

Odstranění supragingiválního zubního kamene  Odstranění subgingiválního zubního kamene

Jiné (další) požadované ošetření

**Datum**

**Razítko a podpis indikujícího lékaře**