

Žádanka na mikroskopickou endodoncii

Osobní data

Příjmení Jméno Titul

Rodné číslo / Pojišťovna (číslo)

Adresa

Tel. (mob.) Email

Onemocnění

Užívaná léčiva

Alergie

Kontakt na delegujícího lékaře

Příjmení Jméno Titul

E-mail Tel.

Požadované ošetření

Číslo zubu

Primární endodoncie ☐

Re-endodoncie ☐

Doplňující informace

Zub má perforaci kořene **Ano** ☐ **Ne** ☐ **Možná** ☐

V zubu je zalomen kořenový nástroj **Ano** ☐ **Ne** ☐ **Možná** ☐

Jaký v jakém kanálku

Ošetření zubu včetně postendodontické dostavby **Ano** ☐ **Ne** ☐

Kompletní postendodontické ošetření (dostavba a korunka/overlay) **Ano** ☐ **Ne** ☐

Další informace

Datum

Razítko a podpis indikujícího lékaře