

**SKIEROWANIE NA SPECJALISTYCZNE LECZENIE PERIODONTOLOGICZNE
DO CENTRUM MEDYCZNO DENTYSTYCZNEGO ILUK**

Ul. Hetmańska 5/36, 82-300 Elbląg Telefon : 665 955 740

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL:.....

Cel konsultacji:.....

.....

Rozpoznanie:.....

.....

Obecne dolegliwości:.....

.....

Dotychczasowe leczenie:.....

.....

Planowane leczenie:.....

.....

Załączniki: <ul style="list-style-type: none">· zdjęcie OPG lub inna dokumentacja fotograficzna· zdjęcie kliniczne· wyniki badań dodatkowych	TAK / NIE TAK / NIE TAK / NIE
Czy konieczna jest higienizacja pacjenta w naszym Centrum?	TAK / NIE

.....

Pieczętka i podpis lekarza

.....

Data wystawienia skierowania