

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПОД МИКРОСКОПОМ



ООО «Стоматологическая клиника МАН»

Брянск, пр-т Ст.Димитрова, 16

телефон для записи: 8 4832 41 05 34

8 915 801 05 34

НИКОЛАЕВ Дмитрий Александрович

к.м.н., стоматолог-эндодонтист

man.glav.vrach@gmail.com

ФИО пациента: _____

Направивший доктор: _____

Название клиники: _____

Телефон (и/или электронная почта) для связи: _____

Пожалуйста, отметьте зубы, с которыми необходимо работать:

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

| Цель направления: | Ранее проведенное лечение | После завершения лечения |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Консультация | <input type="checkbox"/> Лечение не проводилось | <input type="checkbox"/> Канал должен быть подготовлен под штифт / вкладку |
| <input type="checkbox"/> Первичное эндодонтическое лечение | <input type="checkbox"/> Девиализирующая паста | <input type="checkbox"/> Культия должна быть восстановлена для дальнейшего протезирования (без штифта / анкер / стекловолокно) |
| <input type="checkbox"/> Ревизия (повторное эндодонтическое лечение) | <input type="checkbox"/> Попытка эндодонтического лечения | <input type="checkbox"/> Восстановление будет проводить направивший доктор |
| Другое: _____ | Другое: _____ | Другое: _____ |

Дополнительная информация: _____

дата заполнения: ____/____/201__

подпись направившего врача: _____