



## SKIEROWANIE

Pacjent .....

Ząb .....

Rozpoznanie .....

.....

.....

Dotychczasowe leczenie .....

.....

.....

Plan dalszego leczenia .....

.....

.....

Uwagi .....

.....

.....

Data ..... Lekarz kierujący (pieczęć i podpis).....

Tel..... e-mail .....