

....., dnia .....  
(miejsowość)

.....  
(pieczęć gabinetu kierującego)

## SKIEROWANIE NA LECZENIE KANAŁOWE Z UŻYCIEM MIKROSKOPU

**Proszę o wykonanie leczenia zęba nr ..... u Pani/Pana .....**

- leczenie kanałowe
- powtórne leczenie kanałowe
- zamknięcie perforacji z leczeniem kanałowym
- usunięcie złamanego narzędzia kanałowego
- .....
- .....

**Krótki opis dotychczasowego leczenia prowadzonego w gabinecie kierującym:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Pacjent posiada/ nie posiada zdjęcie RTG przed leczeniem.**

**Plan dalszego leczenia:**

- odbudowa zęba kompozytem
- odbudowa zęba inley'em, onley'em, lub endokoroną
- odbudowa zęba koroną protetyczną
- wykorzystanie zęba jako filaru mostu

**Po leczeniu kanałowym proszę o:**

- tymczasowe zabezpieczenie zęba glassjonomerem
- odbudowę zęba pod koronę z użyciem wkładów koronowo-korzeniowych
- dokończenie leczenia według własnego planu

.....  
(podpis i pieczęć lekarza kierującego)