

ŽÁDANKA NA SPECIALIZOVANÉ OŠETŘENÍ

Prosím vyplňte

Datum:

Jméno a příjmení pacienta:

Telefonní kontakt pacienta:

Referující lékař:

Telefonní kontakt na referujícího lékaře:

Mám zájem o zákrok z oblasti:

- Pedostomatologie** - pulpotomie a pulpektomie dočasných zubů, zhotovení SSC a prefabrikovaných celokeramických korunek
- Endodonice** - ošetření s operačním mikroskopem
- Ošetření dětí a dospělých** s Entonoxem, v celkové anestezii a analgosedaci
- Implantologie** - kostní augmentace, zavedení implantátů a zhotovení fixních a snímetelných náhrad na implantátech.
- Dentální hygieny** - komplexní péče o pacienta včetně subgingiválního ošetření

Bližší specifikace požadovaného terapeutického plánu:

-
- Po vyšetření pacienta prosím o telefonickou konzultaci navrženého terapeutického plánu