

# 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
- Endodoncie** - 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
- Stomatochirurgie** - extrakce třetích molárů, krytí gingiválních recesů, autotransplantace zubu

Bližší specifikace požadovaného terapeutického plánu:

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