



Skierowanie na leczenie

Pacjent /Imię i Nazwisko/

Proszę o leczenie endodontyczne zęba /-ów/

Rozpoznanie

Dotychczasowe leczenie

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

.....
DATA

.....
Lekarz kierujący

.....
Telefon kontaktowy

La Dentista.

Zawsze z najwyższą troską o zdrowie pacjentów.



ul.Mrągowska 80/2
54-111 Wrocław



tel. +48 692 271 671



ladentista.wroclaw@gmail.com