VÝMENNÝ LÍSTOK

DELEGUJÚCI ZUBNÝ LEKÁR

MENO/PRIEZVISKO .....

TELEFONICKÝ KONTAKT .....

PACIENT

MENO/PRIEZVISKO .....

ZUB .....

DIAGNÓZA .....

POŽADOVANÉ ENDODONTICKÉ/REENDODONTICKÉ OŠETRENIE .....

.....

.....

ZÁUJEM O POSTENDODONTICKÉ OŠETRENIE ✓ ✗

ZÁUJEM O PROTETICKÚ/KONZERVAČNÚ REHABILITÁCIU KORUNKOVEJ ČASTI ZUBA ✓ ✗

(zakrúžkujte vyhovujúce)

DÁTUM A MIESTO .....

PEČIATKA A PODPIS DELEGUJÚCEHO ZUBNÉHO LEKARA .....

European Society of Endodontology

SES SLOVENSKÁ ENDODONTICKÁ SPOLOČNOSŤ

MDDr. PAVOL PODOLSKÝ SÚKROMNÁ AMBULANCIA ZUBNÉHO LEKÁRSTVA

MDDr. Pavol Podolský, Gajova 2513/4, 811 09 Bratislava
+421948 766 186, info@zubnylekarpodolsky.sk, www.endodonciabratislava.sk