

**SKIEROWANIE
NA ORTODONTYCZNĄ KONSULTACJĘ PERIODONTOLOGICZNĄ**

1. Imię i nazwisko pacjenta:

2. Cel konsultacji:
.....
.....

3. Planowane leczenie:
.....
.....

4. Czy pacjent leczy się ortodontycznie? Czy planuje takie leczenie?
.....

Planowane leczenie ortodontyczne (zakreślić właściwe):

- a) leczenie ortodontyczne/ ortodontyczno-ortognatyczne lub ortodontyczne kompensacyjne/ kamuflażowe
- b) planowane aparaty: zamki/ alignery/ aparat czynnościowy, TADs, pierścienie czy rurki:
- c) planowane ekstrakcje/ dystalizacja:
- d) kierunek ruchu zębów: w szczególności, czy niezbędne będą ruchy w kierunku recesji/ rozbudowa łuków zębowych w obszarze:
- d) potrzebna koryktomia w obszarze:
- e) planowany czas leczenia i kolejność zakładania aparatów:
- f) inne:

5. Czy lekarz kierujący wykonuje diagnostykę i leczenie lub współpracuje ze specjalistą z zakresu zaburzeń czynnościowych,
czy skierowanie obejmuje ocenę i zaplanowanie leczenia z uwzględnieniem analizy zaburzeń czynnościowych?
.....

6. Czy pacjent odbywa regularne zabiegi higienizacyjne lub leczenie periodontologiczne (skaling głęboki)?

Czy w gabinecie ortodontycznym wykonane będą przygotowawcze i podtrzymujące wizyty higienizacyjne i periodontologiczne podczas leczenia ortodontycznego,
czy pacjent kierowany jest na objęcie leczeniem periodontologicznym?
.....

7. W przypadku posiadania wstępnego planu ortodontycznego, dokumentacji radiologicznej (OPTG,CT), fotograficznej klinicznej (np. postęp recesji) lub istotnej dokumentacji medycznej prosimy o ich udostępnienie pacjentowi.

Data :

podpis lekarza: