

**SKIEROWANIE
NA KONSULTACJĘ PERIODONTOLOGICZNĄ**

1. Imię i nazwisko pacjenta:
2. Cel konsultacji:
.....
.....
3. Planowane leczenie:
.....
.....
4. Czy pacjent leczy się ortodontycznie? Czy planuje takie leczenie?
.....
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 wykonywane jest leczenie higienizacyjne i periodontologiczne,
czy pacjent kierowany jest na objęcie leczeniem periodontologicznym?
.....
7. W przypadku posiadania dokumentacji radiologicznej (OPTG,CT), fotograficznej klinicznej (np. postęp recesji) lub istotnej dokumentacji medycznej prosimy o ich udostępnienie pacjentowi.

Data :

podpis lekarza: