

## Παραπεμπτικό για ενδοδοντική θεραπεία

Όνομα Οδοντιάτρου: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο Οδοντιάτρου: \_\_\_\_\_

Email Οδοντιάτρου: \_\_\_\_\_

Όνομα Ασθενή: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο Ασθενή: \_\_\_\_\_

Email ασθενή: \_\_\_\_\_

Ιατρικό Ιστορικό/Λήψη φαρμάκων:

---

---

---

---

Λόγος παραπομπής:

- Διάγνωση/αξιολόγηση
- Ενδοδοντική θεραπεία
- Επανάληψη ενδοδοντικής θεραπείας
- Άλλο.....

Δόντι προς θεραπεία:

Κλινικά ευρήματα:

---

---

---

---

Ο/Η ιατρός