

Žádanka na ošetření / konzultaci pro pacienty od delegujících lékařů

JMÉNO A PŘÍJMENÍ PACIENTA:

TELEFONNÍ ČÍSLO PACIENTA:

SPECIALIZACE:

- Mikroskopická endodoncie a reendodoncie
- Dentoalveolární chirurgie
- Extrakce zubů moudrosti
- Resekce kořenů a retrogradní plnění MTA
- Kompletní rekonstrukce chrupu
- Ošetření pomocí vysoce estetických faset

POŽADAVEK:

RAZÍTKO A PODPIS:



Online žádanka:

