

# ŽIADANKA O ZUBNÉ OŠETRENIE

MENO PACIENTA

RODNÉ ČÍSLO

POŽADOVANÉ OŠETRENIE

☐

(RE)ENDODONCIA

☐

KONZERVAČNÉ OŠETRENIE

☐

EXTRAKCIA

☐

CBCT

☐

STOMATOCHIRURGIA

☐

OPG

☐

PROTETIKA

☐

INÉ

SPRIEVODNÁ SPRÁVA

PEČIATKA A PODPIS ZUBNÉHO LEKÁRA

DNEŠNÝ DÁTUM

NA OŠETRENIE JE POTREBNÉ SA VOPRED OBJEDNAŤ TELEFONICKY ALEBO E-MAILOM



BRNIANSKA 2099/1, MALACKY



+421 904 931 672



INFO@DENTALSPITAL.SK



WWW.DENTALSPITAL.SK



**DENTAL  
ŠPITÁL**