**SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ I LECZENIE PERIODONTOLOGICZNE**

1. Imię i nazwisko pacjenta :......................................................................................................
2. Wiek :........................................................................................................................................
3. Miejsce zamieszkania:..............................................................................................................
4. Telefon kontaktowy: ................................................................................................................
5. Lekarz kierujący:......................................................................................................................
6. Cel konsultacji: .........................................................................................................................

..............................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. Obecne dolegliwości i przeprowadzone leczenie:

.................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................

1. Planowane leczenie:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

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

...................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

1. Czy pacjent leczy się w kierunku zaburzeń czynnościowych?

...................................................................................................................................................

1. Czy pacjent miewa problemy ze zgrzytaniem/ zaciskaniem zębów?

...................................................................................................................................................

1. Czy pacjent odbywa regularne zabiegi higienizacyjne/ SG ? Kiedy ostatnio odbyła się taka wizyta?

...................................................................................................................................................

* W razie możliwości prosimy o wypełnienie poniższej tabeli. \*

|  |
| --- |
| API : .......................%  PBI: ..........................%  PSI: S1 ................ S2 .................. S3 ..................  S6 .............. S5 .................. S4 ..................  data:.......................... |

1. Jakie są największe obawy/ wątpliwości/ oczekiwania pacjenta związane z leczeniem?

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. Czy pacjent odbył kiedykolwiek wizytę u periodontologa?

....................................................................................................................................................

1. Czy pacjent posiada jakąkolwiek dokumentację zdjęciową lub medyczną? (zdjęcie OPG/ CT/ inne) [[1]](#footnote-1)

....................................................................................................................................................

Data : ................................... podpis :. ...............................................

1. Jeśli pacjent posiada zdjęcia radiologiczne, zdjęcia kliniczne lub dokumentację medyczną (wyniki badań itp.)

   zachęcamy do przesłania jej w formacie PDF lub JPG na nasz e-mail: [kontakt@periopraktyk.pl](mailto:kontakt@periopraktyk.pl) , co pozwoli na

   przyspieszenie diagnozy i analizę dokumentów przez dr Jurczyńskiego jeszcze przed pojawieniem się pacjenta w

   placówce. [↑](#footnote-ref-1)