ENDODONTILINE SAATEKIRI

**Patsiendi isikuandmed:**

Nimi………………………

Isikukood…………………..

Elukoht…………………….

Telefon……………………

E-mail…………………….

Hambanumber……………..

**Arsti andmed:**

Nimi……………………….

Töökoht……………………

Aadress………………........

Tel…………………………

E-mail……………………. .

Millal teostatud endodontiline ravi? (Esmane/ümberravi)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Raviteenus**

Juureravi mikroskoobiga

 Juurekanali otsimine

 Juurekanali avamine

 Juurekanali täitmine

 Instrumendi eemaldamine

**Röntgenpildid saata e-mailile** emma@i-dent.ee