**RE / ENDODONCIA žiadanka** (ku špecializovanému mikroskopickému ošetreniu koreňových kanálikov)

***MENO a PRIEZVISKO pacienta*** **DÁTUM NARODENIA**

***TELEFÓN***

***DOPORUČUJÚCI LEKÁR***

***POŽADOVANÉ OŠETRENIE(\*)***

|  |  |
| --- | --- |
| **endodoncia** | **reendodoncia** |

**NÁSLEDNE PO OŠETRENÍ POŽADUJEM (\*)**

* **Uzáver prístupovej kavity provizórnou výplňou (teflónová páska + SIC)**
* **Uzáver prístupovej kavity dostavbovým kompozitným cementom, v prípade potreby v kombinácii s FRC čapom**
* **Definitívne protetické ošetrenie na Vašom pracovisku**

***KOMPLIKÁCIE(\*)***

|  |  |
| --- | --- |
| **neodstrániteľná koreňová výplň** | **perforácia koreňa** |
| **obliterácia / anomália** | **oddelenený koreňový nástroj** |

***LOKALIZÁCIA ZUBA(\*)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Z dôvodu minimalizácie rizika reinfekcie a fraktúry ošetreného zuba je re/endodontické ošetrenie ukončené vždy zhotovením definitívnej výplne koreňových kanálikov a adhezívnym uzavretím vstupov do koreňových kanálikov