

## НАПРАВЛЕННЯ ДО ПАРОДОНТОЛОГА

**П.І.Б пацієнта** .....

.....

**Дата народження** .....

**Попередній діагноз** .....

.....

**П.І.Б лікаря** .....

.....

**Тел. лікаря** .....

**Дата направлення** .....

**Коментар від лікаря** .....

.....

### **М. КИЇВ**

ВУЛ. СРІБНОКІЛЬСЬКА, 20 (М. ОСОКОРКИ)  
ВУЛ. КАХИ БЕНДУКІДЗЕ, 2 (М. ЗВІРИНЕЦЬКА)

### **М. ЛЬВІВ**

ВУЛ.ГОРОДОЦЬКА, 287

**ОБОВ'ЯЗКОВИЙ ПОПЕРЕДНІЙ  
ЗАПИС ЗА ТЕЛЕФОНОМ  
+380979247546  
АБО НА САЙТІ ЗЧИТАВШИ QR-КОД**

