



תאריך: _____

הפניית מטופל / מטופלת

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	26	25	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

בדיקה / התייעצות

טיפול שורש

חידוש טיפול שורש

כירורגיה סב חודית

הלבנה פנימית

טיפול טראומה

טיפול בספיגת שורש

הערות הרופא המפנה: _____

שם הרופא המפנה: _____

דוא"ל: _____

נייד/טלפון: _____

נא לצרף צילומים.
לצרוף מדיה דיגיטלית יש לפנות למרפאה או לשלוח במייל.
המטופל יופנה להמשך טיפול למרפאה המפנה.

לשיתוף פעולה פורה,

בברכה,
ד"ר אפי שרלין
מומחה לטיפול שורש