

Tomaša Goričanca 2  
40 000 Čakovec

Tel. 040 363 282

Fax. 040 395 023

E-Mail: info@drzagar.hr

www.drzagar.hr

\_\_\_\_\_ Datum

**Bolesnica/bolesnik:**

gđa./g. \_\_\_\_\_

rođena/rođen \_\_\_\_\_

adresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

telefon: \_\_\_\_\_

**Ordinacija iz koje se bolesnik upućuje:**

ODM dr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

adresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

telefon: \_\_\_\_\_

## UPUTNICA ZA PREGLED / LIJEČENJE

**UPUTNA DIJAGNOZA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Moli se:

**Pregled i mišljenje**

Pitanje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontaktirati kolegicu/kolegu koja/koji je uputila/uputio bolesnika:

\_\_\_\_\_

**Liječenje:**

Ekstrakcija zuba:

			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			

Kortikotomija zuba: \_\_\_\_\_

Apikotomija zuba: \_\_\_\_\_

s orotogradnim punjenjem korijenskih kanala

s retrogradnim punjenjem korijenskih kanala

- Parodontološki kirurški zahvat: \_\_\_\_\_
- Preprotetski kirurški zahvat: \_\_\_\_\_
- Implantološki pregled i savjetovanje:
  - planirani protetski rad: \_\_\_\_\_
  - protetska opskrba u:
    - ODM dr. \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_
    - ODM dr. Zagar
  - željene pozicije implanata: \_\_\_\_\_
- Eksplantacija: regio \_\_\_\_\_
- Augmenatcija kosti: regio \_\_\_\_\_
- Cistektomija: regio \_\_\_\_\_
- Pretraga na zarišne upalne promjene (fokuse)
- Zbrinjavanje ozljeda zuba: \_\_\_\_\_
- Zbrinjavanje ozljeda mekih tkiva: \_\_\_\_\_
- Incizija odontogenog / parodontnog apscesa regio: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Razjašnjenje nejasnog kliničkog / radiološkog nalaza u predijelu: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Ostalo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Rendgenska pretraga:
  - intraoralni retroalveolarni snimak zuba
  - snimak ugrizom u traku (bitewing)

			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			

**Izvešće o pregledu podnijeti:**

- telefonski \_\_\_\_\_
- faksom \_\_\_\_\_
- e-mailom \_\_\_\_\_
- pismom \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Potpis i faksimil doktorice / doktora  
koja / koji upućuje pacijenta