

טופס הפנייה לייעוץ ולטיפול

שם המתרפא: _____

מספר השן: _____

סיבת ההפנייה והטיפול המבוקש:

הטיפול שבוצע:

שם הרופא המפנה: _____

מס' הטלפון של הרופא המפנה: _____

דוא"ל הרופא המפנה: _____

