



משרד הרווחה והשירותים החברתיים
המחלקה ליועדות ערר וסיוע לבודדים

סימוכין: 80908815

תאריך:

טופס בקשה ליישור שיניים

1. הפונה: שם פרטי _____ משפחה _____ ת.ז. _____ ש.ל. _____

2. המסגרת המפנה: עו"ס _____ טלפון _____

3. רופא השיניים: שם פרטי _____ שם משפחה _____ רשיון _____

מומחיות _____ מס' רשיון מומחיות _____ כתובת המרפאה _____ טלפון _____

הערות לרופא השיניים:

- א. נא למלא את כל הפרטים בדייקנות.
- ב. אין להתחיל טיפול אורתודונטי לפני סיום הטיפול בעששת.
- ג. נא לצרף צילומי רנטגן, צילומים פוטוגרפים בחזית ובפרופיל.
- ד. האחריות לטיפול, מהלכו ותוצאותיו מוטלת על הרופא המטפל.

תאריך הבדיקה:

4. תלונה עיקרית _____

5. מצב שמירת הניקיון בפה: טוב/בינוני/גרוע/

6. מניע לטיפול: מעונין מאד/מעונין/אדיש/מתנגד/ _____

חתימת

המטפל

7. מצב השיניים בפה: סמן ב- + את השיניים הנמצאות בפה.

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

8. עקירות מוקדמות של שיניים קבועות _____





9. א. עמדה לקויה של שיניים עליונות _____

ב. עמדה לקויה של שיניים תחתונות _____

10. שיניים בסגר צלבי _____

11. א. סגר אופקי עובר במ"מ _____

ב. סגר אנכי עובר במ"מ _____

12. חלוקה לפי אנגל _____ DIV _____ CLASS _____

13. ניתוח צילומי הרנטגן _____

14. אבחנה קלינית והערות _____

15. טיפול משמר: ציין את השיניים הזקוקות לטיפול משמר על פי הסימנים הבאים:

סתימה - ס: עקירה - ע: טיפול שורש - ט.ש.

18	17	16	15	14	13	12	11
4	47	46	45	44	43	42	41
8							

2	22	23	24	25	26	27	28
1							
3	32	33	34	35	36	37	38
1							

16. דחיפות הטיפול האורתודונטי: זקוק לטיפול מיידי/יזדקק לטיפול בעתיד.

17. תוכנית טיפול ביישור שיניים _____

18. הטיפול יהיה כרוך בעקירות שיניים _____

19. משך הזמן המשוער לכל הטיפול _____

20. שלב א: הטיפול: _____

מכשירים: _____

משך זמן משוער: _____

שלב ב: הטיפול: _____



מכשירים: _____

משך זמן משוער: _____

21. ריטנסיה: _____

22. פרוגנוזה: _____

23. עלות כספית: _____

שלב ב'	שלב א'

סה"כ שלב א' + שלב ב': _____

חתימת הרופא: _____

בהתאם למחירון משרד הבריאות

גבוה ממחירון משרד הבריאות

הערות משרד הבריאות לטיפול המוצע: _____

המלצה כספית בסך _____

אשור מקצועי האגף לבריאות השן

חתימה וחותמת