



התייעצות מוקדמת לטיפולים פריודנטליים

**תוכנית "שיניים בריאות"
לביטוח הוצאות רפואת השן**

חותמת נתקבל										
מס' תוכנית										

פרטי מקבל הטיפול*										
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	פוליסה/מקום עבודה						
טלפון	טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני	כתובת בעל הפוליסה							

ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

לסת עליונה	טיפול מונע																
	איבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	G.I.	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	תזוזת השן (2) (3)																
	עומק כיסים																
	מספר השן	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
לסת תחתונה	מספר השן	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	עומק כיסים																
	תזוזת השן (2) (3)																
	אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	G.I.	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	איבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	טיפול מונע																

- קודי איבחון**
- סימני דלקת G.I.**
- 0 - אין
 - 1 - דלקת קלה אין דימום
 - 2 - דלקת בינונית, דמום בבדיקה
 - 3 - דלקת חמורה, דמום ספונטני
- תזוזת השן**
- 0 - אין
 - 1 - התחלתי
 - 2 - תזוזת הוריוזנטלית
 - 3 - תזוזת ורטיקלית
- עומק כיסים**
- יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ
- יש לסמן ב-X את השן החסרה**
- אבחנות**
- 0 - אין בעיה פריודנטלית
 - 1 - ג'נג'יטיס
 - 2 - פריודוטיטיס התחלתית
 - 3 - פריודוטיטיס מתונה
 - 4 - פריודוטיטיס מתקדמת
- תוכנית טיפול**

פרטי הרופא <input checked="" type="checkbox"/> רופא הסכם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				
שם הרופא	מספר טלפון	כתובת	מספר רישיון	חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה
חתימת המבוטח

* פרטי מקבל הטיפול ופרטי הרופא המטפל, הינם הכרחיים לצורך בדיקת תוכנית הטיפול, נבקשכם למלאם במלואם. כמו כן חובה לצרף תצלומים אבחנתיים עדכניים (סטטוס / פנורמי)

