



התייעצות מוקדמת לטיפולים אורטודנטיים

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

חותמת נתקבל	פרטי מקבל הטיפול*:			
	שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה
מס' תוכנית	כתובת בעל הפוליסה	טלפון	נייד	כתובת דואר אלקטרוני

תוכנית טיפול

1. עקירת שיניים _____
2. טיפול במכשירים ניידים:
לסת עליונה _____
לסת תחתונה _____
3. טיפול במכשירים קבועים:
טבעות סככים לסת עליונה _____
טבעות סככים לסת תחתונה _____
רסן קיבוע: אינטרה אוראלי אקסטרה אוראלי
מכשיר להרחבה עליון תחתון
4. טיפול משולב - מכשירים קבועים כולל טיפול במכשיר פונקציונלי/אורטופדי

מצב שיניים ולסתות בזמן הבדיקה שנערכה בתאריך _____

האם הסיבה לטיפול היא אסתטית פונקציונלית

יחסים בין לסתיים

יחס מולרים לפי אנגל צד שמאל _____ צד ימין _____
 יחס נבים לפי אנגל צד שמאל _____ צד ימין _____
 סגר עובר אופקי מ"מ _____ סגר עובר אנכי מ"מ _____
 מנשך פתוח מ"מ _____ סגר צלבי בשיניים _____

ממצאים בלסתות

צפיפות בקשת עליונה מ"מ _____ בקשת תחתונה מ"מ _____
 שיניים חסרות _____ שיניים עודפות _____
 שיניים כלואות _____
 ממצאים נוספים _____
 אבחנה (כולל סקלטלי) _____

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

* פרטי מקבל הטיפול ופרטי הרופא המטפל, הינם הכרחיים לצורך בדיקת תוכנית הטיפול, ובקשכם למלאם במלואם. כמו כן חובה לצרף סט אורטודנטי מלא.

