

טופס בדיקה לטיפולים פריודונטליים

אגף לביטוח שיניים "בית הראל", רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1952 רמת-גן 52118 טל. 03-7547222

פרטי מקבל הטיפול: _____ שם פרטי: _____ מס' ת. זהות: _____

מס' מחלקה: _____ מס' עובד: _____ פוליסה: _____ טל. _____

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 הכיסים																
	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 הכיסים																
	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																

איבוד עצם

- 0 - בריא
- 1 - התחלתי
- 2 - בינוני
- 3 - מתקדם

אבנית

- 0 - אין
- 1 - התחלתית
- 2 - בינונית
- 3 - רבה

סימני דלקת G.I.

- 0 - בריא
- 1 - דלקת קלה, אין דימום
- 2 - דלקת בינונית, דימום בבדיקה
- 3 - דלקת חמורה, דימום ספונטני

תזוזת השן

- 2 - תזוזה הוריונטלית
- 3 - תזוזה רוטיקלית

אבחנות

- 0 - אין בעיה פריודונטלית
- 1 - גינגייביטיס
- 2 - פריודונטיטיס התחלתית
- 3 - פריודונטיטיס מתונה
- 4 - פריודונטיטיס מתקדמת

ממצאים שונים

עומק כיסים

יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ
יש לסמן ב-X את השן החסרה

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ _____

חתימת המבוטח לפני טיפול: _____ תאריך: _____

פרטי הרופא: _____ שם _____ רשיון מומחה _____ כתובת _____ טלפון _____ חותמת וחתימת הרופא _____