



**הצהרת הרופא המומחה בדבר מילוי הצהרת בריאות**

**פרטי המטופל/ת המבוטח/ת**

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה

הנני מצהיר כי המטופל הנ"ל מילא הצהרת בריאות מלאה במרפאתי. כמו כן, חתם המטופל במרפאתי על טופס הסכמה לטיפולים באמצעות שתלים.

אני מאשר שהמטופל נמצא במצב פריודונטלי יציב ואינו נזקק לטיפולים פריודונטיים לפני ביצוע השתלה.

למטרת ביצוע השתל  אין  יש צורך בהרמת סינוס

יש צורך בהשתלת עצם  אין

במידה ויש צורך בהרמת סינוס יש לציין  הרמת סינוס פתוחה

הרמת סינוס סגורה

יש לציין את מספרי השיניים בהם יבוצעו השתלים \_\_\_\_\_.

במידה ונדרשת פעולה מקדימה של הרמת סינוס, יש לציין את האזורים בהם קיים פחות מ- 5 מ"מ עצם \_\_\_\_\_.

**פרטי המצהיר:**

שם הרופא: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_