

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 משפחה: _____ שם פרטי: _____ מסי ת. זהות: _____	מסי מחלקה: _____ מסי עובד: _____ פוליסה: _____ טל. _____
--	---

ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

		0				1				2				3									
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																						
לסת תחתונה	מספר השן	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
	איבוד עצם	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

תאריך: _____	חתימת המבוטח לפני טיפול: _____
חותמת וחתימת הרופא	פרטי הרופא: _____
טלפון _____	שם _____
כתובת _____	רשיון מומחה _____