הפניקס

מרכז קשרי לקוחות fnx¼u וקבלת קהל: 3455* / 03-7332222 | קבלת קהל: רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
שעות פעילות מוקד קשרי לקוחות ימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00 | פקס: 03-7336964
כתובת למשלוח דואר: דרך השלום 105 תל אביב ת.ד 25224 מיקוד: 6719209 | ts@fnx.co.il | www.fnx.co.il

טופס בדיקה אורטודנטית לצורך קבלת אישור לתוכנית טיפול

פרטי מקבל הטיפול

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז	תאריך לידה

רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון

פרטי הרופא

שם פרטי	שם משפחה	מס' רישיון רופא	מס' רישיון מומחה

רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון

תאריך	חתימה וחותמת
	✗

ממצאי בדיקה

יחס מולרים CLASS III: _____ CLASS II: _____ CLASS I: _____

יחס עובר אנכי | יחס עובר אופקי _____ מ"מ | מנשך פתוח _____ מ"מ

צפיפות בלסת עליונה _____ מ"מ | צפיפות בלסת תחתונה _____ מ"מ

מנשך הפוך קדמי | מנשך הפוך אחורי | מנשך מספרים

רווחים לסת עליונה _____ מ"מ | רווחים לסת תחתונה _____ מ"מ

שיניים חסרות | שיניים כלואות

פנים | פרופיל

סיכום האבחנה

תוכנית טיפול

מיכשור

אישור התוכנית

שם המאשר	סוג האישור	תאריך האישור

הערות

חתימה וחותמת
✗

הוראות לרופא

1. אין להתחיל את הטיפול האורטודנטי ללא קבלת אישור בכתב מהמבטח.
2. יש למלא בדייקנות את טופס הבדיקה.
3. יש לצרף לטופס הבדיקה סט צילומים אורטודנטיים.