

**טופס / טיפולים פרוידונטליים**

פרטי המבוטח (יש להעתיק מכרטיס המבוטח)			
שם פרטי ומשפחה	ס"ב	מס' זהות	מס' פוליסה/ שם הקולקטיב
כתובת	טלפון	נייד	

ממצאי בדיקה			
<b>סימני דלקת G.I</b>	0 - בריא	1 - דלקת קלה אין דימום	2 - דלקת בינונית, דמום בבדיקה
<b>אבוד עצם</b>	0 - בריא	1 - התחלתי	2 - בינוני
<b>תזוזת השן</b>	0 - תזוזת הריוזנטלית	1 - תזוזת ורטיקלית	2 - תזוזת ורטיקלית
<b>אבחנות</b>	0 - אין בעיה פריודונטלית	1 - גנגיוויטיס	2 - פריודונטיטוס התחלתי
<b>אבנית</b>	0 - אין	1 - התחלתי	2 - בינוני
<b>ממצאים שונים</b>	0 - פריודונטיטוס מתקדם 1 - פריודונטיטוס מתונה 2 - פריודונטיטוס מתקדם		

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

לסת עליונה																
טיפול מונע																
אבוד 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
אבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
טיפול מונע																
לאור הנ"ל המתרפא סובל מ																

פרטי רופא / מרפאה			
שם רופא / מרפאה	מס' רישיון	טלפון	רופא / מרפאה בהסכם <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

אני מאשר כי ברצוני לבצע לבצע את הטיפולים הרשומים לעיל: תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

## טופס לטיפולים פריודנטלים

פרטי המבוטח (יש להעתיק מכרטיס המבוטח)			
שם פרטי ומשפחה	ס"ב	מס' זהות	מס' פוליסה/ שם הקולקטיב
כתובת	טלפון	נייד	

ממצאי בדיקה			
<b>סימני דלקת G.I</b>	0 - בריא	1 - דלקת קלה אין דימום	2 - דלקת בינונית, דמום בבדיקה
<b>אבוד עצם</b>	0 - בריא	1 - התחלתי	2 - בינוני
<b>תזוזת השן</b>	0 - אין בעיה פריודונטלית	1 - תזוזת הריוזנטלית	2 - תזוזת ורטיקלית
<b>אבחנות</b>	0 - אין בעיה פריודונטלית	1 - גנגיוויטיס	2 - פריודונטיטוס התחלתי
<b>אבנית</b>	0 - אין	1 - התחלתי	2 - בינוני
<b>ממצאים שונים</b>	3 - דלקת חמורה, דמום ספונטני		

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

לסת עליונה																
טיפול מונע																
אבוד 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
אבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
טיפול מונע																

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ

פרטי רופא/ מרפאה			
שם רופא/ מרפאה	מס' רישיון	טלפון	רופא/ מרפאה בהסכם <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

אני מאשר כי ברצוני לבצע לבצע את הטיפולים הרשומים לעיל: תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_