

שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

חלק ב' - למילוי בידי רופא פרידונט מומחה שאינו בהסכם (פרטי)

חלק זה ימלא על ידי רופא פרידונט בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי.

א. פרטי הרופא ואישורו לטיפול				
מספר זהות	שם הרופא	שם המרפאה	מספר רישיון	תאריך אישור ביצוע הטיפולים
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני	מס' ספק במגדל
מספר זהות המבוטח	שם המבוטח		שם משפחה של המבוטח	
הריני מאשר כי ברצוני לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים להלן.				
תאריך			חתימה וחותמת רופא / המרפאה *	

ב. מצב שיניים												
יש לסמן ב-X שן חסרה. יש לסמן עומק כיסים - הגדול ביותר מסביב לשן, מעל 4 מ"מ.												
לסת עליונה						לסת תחתונה						
מספר השן	השתתפות עצמית	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I	אבנית	תזוזת שן (2) (3)	עומק כיסים	מספר השן	השתתפות עצמית	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I
18								48				
17								47				
16								46				
15								45				
14								44				
13								43				
12								42				
11								41				
21								31				
22								32				
23								33				
24								34				
25								35				
26								36				
27								37				
28								38				

קוד	סוג טיפול / מצב בריאות	קוד	סוג טיפול / מצב בריאות	קוד	סוג טיפול / מצב בריאות
	אבנית		איבוד עצם		תכנית טיפול
0	אין	0	בריא	210	כריתת חניכיים
1	התחלתית	1	התחלתית	800	בדיקה פרידונטלית
2	בינונית	2	בינוני	801	הקצאת שורשים (קורטז')
3	רבה	3	מתקדם	802	ניתוח חניכיים 1/6 פה ניתוח מטלית ניתוח קוקוג'נג'יבלי
	תזוזת שן		סימני דלקת G.I	803	ניקוז מורסה
2	תזוזת הוריזנטלית	0	בריא	805	סד מחומר מורכב
3	תזוזת ורטיקלית	1	דלקת קלה אין דימום	806	שתל
		2	דלקת בינונית, דימום בבדיקה	813	סד לילה
		3	דלקת חמורה, דימום ספונטני		

מק"ט 531100001 (מחזורת 10.2021)



011650000102011021

עמוד 1 מתוך 2 דפים



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	מספר תביעה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעפרון

ג. הערות

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
