

טופס אישור מראש לטיפולים פרוטטיים

תוכנית מס' _____

פרטי מקבל הטיפול	ת.ז. _____	פרטי הרופא המטפל	מס' רופא _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____		שם הרופא _____ רופא הסכם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
כתובת _____		כתובת _____	
הצהרת המבוטח אני מאשר כי זאת תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.		הצהרת הרופא אני מאשר כי תוכנית זו נערכה והפרטים המופיעים בה נכונים ונמסרו למבוטח.	
תאריך _____	חתימה _____	תאריך _____	חותמת וחתימה _____

תכנית הטיפולים לאישור

מס' השן	תאור הטיפול והחומרים	אישור	מס' השן	תאור הטיפול והחומרים	אישור
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		
תותבת שלמה עליונה			תותבת שלמה תחתונה		
תיקונים בתותבת עליונה			תיקונים בתותבת תחתונה		

הערות רופא החברה
