

טופס אישור מראש לטיפולים פריודונטליים

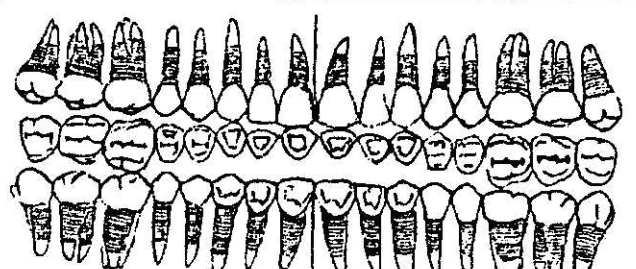
תוכנית מס' _____

מוגבל לפריודונט מומחה בלבד

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
כתובת _____	כתובת _____	כתובת _____	
<p>הצהרת המבוטח אני מאשר כי זאת תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.</p>		<p>הצהרת רופא אני לאשר כי תוכנית זו נערכה והפרטים המופיעים בה נכונים ונמסרו למבוטח.</p>	
תאריך _____	חתימה _____	תאריך _____	חותמת וחתימה _____

אנמנזה _____

תאריך בדיקה פריודנטלית

<p>רישום סימני דלקת -</p> <p>0 - בריא 1 - דלקת קלה - אין דימום, שינוי צבע קל 2 - דלקת בינונית - דימומים בבדיקה, בצקת אדמומיות 0 - דלקת חמורה - בצקת, אולצרציות, דימום ספונטני</p> <p>רישום אבנית -</p> <p>0 - אין אבנית 1 - אבנית התחלתית - סופרא - גינגייבלית 2 - אבנית בינונית - סופרא וסב - גינגייבלית 0 - אבנית רבה - סופרא וסב - גינגייבלית</p> <p>רישום אובדן עצם -</p> <p>0 - בריא 1 - התחלתי 2 - בינוני 3 - מתקדם</p> <p>ריריות _____ לשון _____ חך _____ T.M.G, בלוטות לימפה _____</p>	<p>ניידות _____</p> <p>עומק כיס _____</p>	 <p>בוקלי _____</p> <p>עליונה _____</p> <p>פלטינלי _____</p>
	<p>עומק כיס _____</p> <p>ניידות _____</p>	<p>עומק כיס _____</p> <p>ניידות _____</p>
	<p>עומק כיס _____</p> <p>ניידות _____</p>	

אבחנה _____

תכנית טיפול _____

הערות רופא החברה