



חותמת דואר נכנס

טופס אישור מראש לטיפול אורתודונטי

מוגבל לאורתודונט מומחה בלבד

פרטי מקבל הטיפול	ת.ז.	פרטי הרופא המטפל	מס' רופא
שם פרטי _____ שם משפחה _____	_____	שם הרופא _____	_____
תאריך לידה _____ טלפון _____	_____	כתובת _____	_____
כתובת _____	_____	_____	_____
תאריך _____	_____	תאריך _____	חותמת וחתימה _____

ממצאי הבדיקה:

סגר עובר אופקי OVER JET _____ מ"מ
 סגר עובר אנכי OVER BITE _____ מ"מ
 מנשך פתוח OVER BITE _____ מ"מ
 צפיפות ל. עליונה _____ מ"מ
 צפיפות ל. תחתונה _____ מ"מ
 עקירות _____ מ"מ
 רווחים ל. עליונה _____ מ"מ
 רווחים ל. תחתונה _____ מ"מ
 הפרעה תיפקודית _____ מ"מ
 שיניים חסרות _____ / _____
 שיניים כלואות _____ / _____
 שיניים עודפות _____ / _____

האבחנה הינה:

BIMAXILLARY PROTRUSION CLASS I
 סגר צלבי אחורי CLASS II/1
 סגר צלבי קדמי CLASS II/2
 CLASS III

הטיפול המומלץ הוא:

טיפול אורתודונטי מלא במכשיר קבוע
 שתי לסתות לסת אחת
 טיפול אורתודונטי עם מכשיר נייד
 טיפול אורתודונטי פונקציונלי

הערות:

הנני הח"מ נותן/ת בזה רשות לכל מוסד רפואי ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים לצורך ישוב פנייתי. אני מוותר/ת על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השרות שלהם.

חתימת המבוטח

חתימת האורתודונט