

<b>חותמת נתקבל</b>									
מס' התוכנית									

**תכנית "שיניים בריאות" לביטוח הוצאות רפואת השן  
 טופס התייעצות מוקדמת לטיפולים אוטודנטיים**

**פרטי מקבל הטיפול:\***

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
 כתובת בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

**תוכנית טיפול**

מזב שיניים ולסתות בזמן הבדיקה שנערכה בתאריך \_\_\_\_\_  
 האם הסיבה לטיפול היא  אסתטית  פונקציונלית

**יחסיים בין לסתיים**  
 יחס מולרים לפי אנגל צד שמאל \_\_\_\_\_ צד ימין \_\_\_\_\_  
 יחס נבים לפי אנגל צד שמאל \_\_\_\_\_ צד ימין \_\_\_\_\_  
 סגר עובר אופקי מ"מ \_\_\_\_\_ סגר עובר אנכי מ"מ \_\_\_\_\_  
 מנשך פתוח מ"מ \_\_\_\_\_ סגר צלבי בשיניים \_\_\_\_\_

**ממצאים בלסתות**  
 צפיפות בקשת עליונה מ"מ \_\_\_\_\_ בקשת תחתונה מ"מ \_\_\_\_\_  
 שיניים חסרות \_\_\_\_\_ שיניים עודפות \_\_\_\_\_  
 שיניים כלואות \_\_\_\_\_  
 ממצאים נוספים \_\_\_\_\_  
**אבחנה** (כולל סקלטלי) \_\_\_\_\_

1. עקירת שיניים \_\_\_\_\_  
 2. טיפול במכשירים ניידים לסת עליונה \_\_\_\_\_  
 לסת תחתונה \_\_\_\_\_  
 3. טיפול במכשירים קבועים: \_\_\_\_\_  
 טבעות סמכים לסת עליונה \_\_\_\_\_  
 טבעות סמכים לסת תחתונה \_\_\_\_\_  
 רסן קיבוע:  אינטרה אוראלי  אקסטרה אוראלי  
 מכשיר להרחבה  עליון  תחתון  
 4. טיפול משולב - מכשירים קבועים כולל טיפול במכשיר פונקציונלי/אורטופדי \_\_\_\_\_

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ תאריך הבדיקה \_\_\_\_\_  
**פרטי הרופא**  רופא הסכם  כן  לא  
 שם הרופא \_\_\_\_\_ רשיון \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 חותמת וחתימת הרופא \_\_\_\_\_

\* פרטי מקבל הטיפול ופרטי הרופא המטפל, הינם הכרחיים לצורך בדיקת תוכנית הטיפול, נבקשכם למלאם במלואם. כמו כן חובה לצרף סט אורטודנטי מלא.