

חותמת נתקבל

מס' התוכנית

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

פרטי מקבל הטיפול:*

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____ תאריך לידה _____
פוליסה/מקום עבודה _____ כתובת בעל הפוליסה _____ טלפון _____

ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

לסת עליונה	טיפול מונע																
	אבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	G.I.	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	תזוזת השן (3) (2)																
	עומק כיסים																
	מספר השן	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
לסת תחתונה	מספר השן	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	עומק כיסים																
	תזוזת השן (3) (2)																
	אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	G.I.	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	אבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	טיפול מונע																

אבוד עצם

- 0 - אין
- 1 - התחלתי
- 2 - בינוני
- 3 - מתקדם

סימני דלקת G.I.

- 0 - אין
- 1 - דלקת קלה אין דימום
- 2 - דלקת בינונית, דמום
- 3 - דלקת חמורה, דמום ספונטני

אבנית

- 0 - אין
- 1 - התחלתי
- 2 - בינוני
- 3 - רבה

תזוזת השן

- 2 - תזוזה הוריונטלית
- 3 - תזוזה ורטיקלית

עומק כיסים

יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ
יש לסמן ב-X את השן החסרה

אבחנות

- 0 - אין בעיה פריודנטלית
- 1 - ג'נג'יטיס
- 2 - פריודוטיטיס התחלתית
- 3 - פריודונטיטיס מתונה
- 4 - פריודונטיטיס מתקדם

תוכנית טיפול

חתימת המבוטח _____ תאריך הבדיקה _____
פרטי הרופא לא כן רופא הסכם רשיון _____ כתובת _____ טלפון _____ חותמת וחתמת הרופא _____

* פרטי מקבל הטיפול ופרטי הרופא המטפל, הינם הכרחיים לצורך בדיקת תוכנית הטיפול, נבקשכם למלאם במלואם. כמו כן חובה לצרף צילומים אבחנתיים עדכניים (סטטוס / פנורמי)