

טופס / טיפולים פרוידונטליים

| פרטי המבוטח (יש להעתיק מכרטיס המבוטח) | | | |
|---------------------------------------|-------|----------|-------------------------|
| שם פרטי ומשפחה | ס"ב | מס' זהות | מס' פוליסה/ שם הקולקטיב |
| כתובת | טלפון | נייד | |

| ממצאי בדיקה | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|
| סימני דלקת G.I | 0 - בריא | 1 - דלקת קלה אין דימום | 2 - דלקת בינונית, דמום בבדיקה |
| אבוד עצם | 0 - בריא | 1 - התחלתי | 2 - בינוני |
| תזוזת השן | 0 - תזוזת הריוזנטלית | 1 - תזוזת ורטיקלית | 2 - תזוזת ורטיקלית |
| אבחנות | 0 - אין בעיה פריודונטלית | 1 - גנגיוויטיס | 2 - פריודונטיטוס התחלתי |
| אבנית | 0 - אין | 1 - התחלתי | 2 - בינוני |
| ממצאים שונים | | | |

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

| לסת עליונה | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| טיפול מונע | | | | | | | | | | | | | | | | |
| אבוד עצם | 0 | 1 | 2 | 3 | 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 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| אבנית | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| תזוזת השן (2) (3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| עומק הכיסים | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 הכיסים | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תזוזת השן (2) (3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| אבנית | 0 | 1 | 2 | 3 | 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 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| אבוד עצם | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| טיפול מונע | | | | | | | | | | | | | | | | |

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ _____

| פרטי רופא / מרפאה | | | |
|-------------------|------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| שם רופא / מרפאה | מס' רישיון | טלפון | רופא / מרפאה בהסכם <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן |

אני מאשר כי ברצוני לבצע לבצע את הטיפולים הרשומים לעיל: תאריך _____ חתימה וחותמת _____

טופס לטיפולים פריודנטלים

| פרטי המבוטח (יש להעתיק מכרטיס המבוטח) | | | |
|---------------------------------------|-------|----------|-------------------------|
| שם פרטי ומשפחה | ס"ב | מס' זהות | מס' פוליסה/ שם הקולקטיב |
| כתובת | טלפון | נייד | |

| ממצאי בדיקה | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|
| סימני דלקת G.I | 0 - בריא | 1 - דלקת קלה אין דימום | 2 - דלקת בינונית, דמום בבדיקה |
| אבוד עצם | 0 - בריא | 1 - התחלתי | 2 - בינוני |
| תזוזת השן | 0 - אין בעיה פריודונטלית | 1 - תזוזת הריוזנטלית | 2 - תזוזת ורטיקלית |
| אבחנות | 0 - אין בעיה פריודונטלית | 1 - גנגיוויטיס | 2 - פריודונטיטוס התחלתי |
| אבנית | 0 - אין | 1 - התחלתי | 2 - בינוני |
| ממצאים שונים | | | |

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

| לסת עליונה | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| טיפול מונע | | | | | | | | | | | | | | | | |
| אבוד עצם | 0 | 1 | 2 | 3 | 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 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| אבנית | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| תזוזת השן (2) (3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| עומק הכיסים | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 הכיסים | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תזוזת השן (2) (3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| אבנית | 0 | 1 | 2 | 3 | 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 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| אבוד עצם | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| טיפול מונע | | | | | | | | | | | | | | | | |

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ

| פרטי רופא/ מרפאה | | | |
|------------------|------------|-------|---------------------------------------------------------------------|
| שם רופא/ מרפאה | מס' רישיון | טלפון | רופא/ מרפאה בהסכם <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן |

אני מאשר כי ברצוני לבצע לבצע את הטיפולים הרשומים לעיל: תאריך _____ חתימה וחותמת _____