



שעות פתיחה: ימים א', ב', ד', ה' 09:00-17:00

כתובת: דיזינגוף 15 כניסה ב' קומה ב' נתניה

טלפון: 09-8846222/3 דוא"ל: drhensegal@gmail.com אתר: www.drhs.co.il

טופס הפניה לטיפול

הנני מפנה את המתרפא/ה

לטיפול/התייעצות בשיניים הבאות: (נא סמן בעגול)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

☐ טיפול שורש _____

☐ חידוש טיפול שורש _____

☐ טיפול שורש כירורגי (אפיסקטומי) _____

☐ טיפול לאחר טראומה _____

☐ הלבנה תוך כותרתית _____

במידת האפשר נא צרף צילומים.

הערות: _____

המטופל יעבור את הטיפול שאליו נשלח בלבד ויפנה חזרה להמשך טיפול לרופא המפנה.

שם הרופא: _____ חתימה: _____



קביעת תורים בתאום טלפוני מראש:

שעות פתיחה: ימים א', ב', ד', ה' 09:00-17:00

כתובת: דיזינגוף 15 כניסה ב' קומה ב' נתניה

טלפון: 09-8846222/3 דוא"ל: drhensegal@gmail.com

אתר: www.drhs.co.il