

א <b>פרטי המבוטה</b>
שם משפחה
שם פרטי
מספר ת.ז.
תאריך לידה
מספר פוליסה

ב <b>פרטי הרופא המטפל</b>
שם אורתודונט
שם מרפאה
מספר רישויון
מספר טלפון

<b>ג אבחנות נא לסמך ב-X את הממצא הנדנטרי התואם</b>							
<b>אבחנת הפרעת סגר עפ"י אנגל</b>							
DIVISION 2 <input type="checkbox"/>		SUB DIVISION <input type="checkbox"/>		DIVISION 1 <input type="checkbox"/>		CLASS 1 <input type="checkbox"/>	
						CLASS 2 <input type="checkbox"/>	
						CLASS 3 <input type="checkbox"/>	
CROSS BITE <input type="checkbox"/>		קדמי ואחרוי <input type="checkbox"/>		אחרוי <input type="checkbox"/>		סוגר צלב <input type="checkbox"/>	
OVERJET <input type="checkbox"/>		FLARING <input type="checkbox"/>		צין _____ מ"מ		סגר עובר אופקי <input type="checkbox"/>	
OPEN BITE <input type="checkbox"/>		DEEP BITE <input type="checkbox"/>		צין _____ מ"מ %		סגר עובר אנכי <input type="checkbox"/>	
SCISSOR BITE <input type="checkbox"/>				צין <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש		סגר מספריים <input type="checkbox"/>	
CROWDING <input type="checkbox"/>				צין _____ מ"מ		ציפויות עליונה (מעורר) <input type="checkbox"/>	
				צין _____ מ"מ		ציפויות תחתונה (מעורר) <input type="checkbox"/>	
במצב בו שניים חסרים, סמן ב-X אם בכוונתך: <input type="checkbox"/> לפתח או <input type="checkbox"/> לסגור רווחים							
במצב בו שניים כלואו או עודפות, סמן ב-X אם בכוונתך: <input type="checkbox"/> להשארין או <input type="checkbox"/> לעקרן או <input type="checkbox"/> למושך למקוםם							
צין ב-X אם באם הטיפול דוחש: <input type="checkbox"/> עקריות שניים <input type="checkbox"/> אין דוחש <input type="checkbox"/> יתרור בהמשך							
סמן ב-X אם הטיפול המוצע יבוצע באמצעות:							
הערות: _____ _____ _____ _____ _____ _____							
<input type="checkbox"/> טיפול במכשיר נייד <input type="checkbox"/> טיפול במכשיר קבוע <input type="checkbox"/> רשן <input type="checkbox"/> מכשיר פונקציוני <input type="checkbox"/> פלטה <input type="checkbox"/> טבעות לסת עליונה <input type="checkbox"/> טבעות לסת תחתונה <input type="checkbox"/> קיבוע: <input type="checkbox"/> רטיניר נייד <input type="checkbox"/> רטיניר קבוע <input type="checkbox"/> רטיניר אקטיבית במיכשור פונקציוני							
חותמת האורתודונט: 							

ד <b>הצהרת המבוטה</b>	
הנני הח"מ נונח/ת בזאת רשות לכל מוסד רפואי למיסור להראל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי / או צילומים הנוחוצים למבחן לצורך ישוב פניותי. אני מודתר/ת על סודיות רפואית זו כלפי המבוקשת ולא תהא לי כל תענה או תגובה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות / או למי מעובדייהם /או נונחי השירות שלהם.	
חותמת המבוטה: 	תאריך: _____