

טופס בדיקה לטיפולים פריזונטליים

אגף לביטוח Shinim "בית הרآل", רח'ABA היל 3, ת.ד. 52118 רמת-גן טל. 03-7547222



שם משפחה:	שם פרטי:	טל.:	מספר זהות:	טל. מחלקת:	שם עובד:
-----------	----------	------	------------	------------	----------

ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

לסת עליה	טיפול מוגע	איבוד עצם											
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	איובוד 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
	בנייה	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	תזוזת השן (2)												
	עומק הכיסים												
	מספר השן	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24
לסת תחתונה	מספר השן	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34
	עומק הכיסים												
	תזוזת השן (2)												
	בנייה	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
	איובוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
	טיפול מוגע												

לאור הנ"ל המטופא סובל מ

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

תאריך:	חתימות המבוטח לפני טיפול:
טלפון	שם
חותמת וחותמת הרופא	פרטי הרופא: