

טופס אישור מראש לטיפולים פריודונטליים
תוכנית מס'

מוגבל לפריודונט מומחה בלבד

פרטי מקבל הטיפול	ת.ז.	פרטי הרופא המטפל	מס' רופא
שם פרטי _____ שם משפחה _____		שם הרופא _____ רופא הסכם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
כתובת _____		כתובת _____	
הצהרת המבוטח אני מאשר כי זאת תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.		הצהרת רופא אני לאשר כי תוכנית זו נערכה והפרטים המופיעים בה נכונים ונמסרו למבוטח.	
תאריך _____	חתימה _____	תאריך _____	חותמת וחותימה _____

אנמנזה _____

תאריך בדיקה פריודנטלית

<p>רישום סימני דלקת -</p> <p>0 - בריא 1 - דלקת קלה - אין דימום, שינוי צבע קל 2 - דלקת בינונית - דימומים בבדיקה, בצקת אדמומיות 0 - דלקת חמורה - בצקת, אולצרציות, דימום ספונטני</p> <p>רישום אבנית -</p> <p>0 - אין אבנית 1 - אבנית התחלתית - סופרא - גינגייבלית 2 - אבנית בינונית - סופרא וסב - גינגייבלית 0 - אבנית רבה - סופרא וסב - גינגייבלית</p> <p>רישום אובדן עצם -</p> <p>0 - בריא 1 - התחלתי 2 - בינוני 3 - מתקדם</p> <p>רירות _____ לשון _____ חך _____ T.M.G, בלוטות לימפה _____</p>	<table border="1"> <tr> <td>ניידות</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>בוקלי</p> <p>עליונה</p> <p>פלטינלי</p>	ניידות															עומק כיס																																												
	ניידות																																																												
	עומק כיס																																																												
	<table border="1"> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ניידות</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	עומק כיס															ניידות															<table border="1"> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ניידות</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>לינגואלי</p> <p>תחתונה</p> <p>בוקלי</p>	עומק כיס															ניידות													
עומק כיס																																																													
ניידות																																																													
עומק כיס																																																													
ניידות																																																													
<table border="1"> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ניידות</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	עומק כיס															ניידות															<table border="1"> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ניידות</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	עומק כיס															ניידות														
עומק כיס																																																													
ניידות																																																													
עומק כיס																																																													
ניידות																																																													

אבחנה _____

תכנית טיפול _____

הערות רופא החברה