



**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	
<b>הצהרת המבוטח</b> אני מאשר כי זאת תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.		<b>הצהרת רופא</b> אני לאשר כי תוכנית זו נערכה והפרטים המופיעים בה נכונים ונמסרו למבוטח.	
תאריך	חתימה	תאריך	חותמת וחותימה

אנמנזה

**תאריך בדיקה פריודנטלית**

<p><b>רישום סימני דלקת -</b></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><b>רישום אבנית -</b></p> <p>0 - אין אבנית 1 - אבנית התחלתית - סופרא - גינגייבלית 2 - אבנית בינונית - סופרא סוב - גינגייבלית 0 - אבנית רבה - סופרא סוב - גינגייבלית</p> <p><b>רישום אובדן עצם -</b></p> <p>0 - בריא 1 - התחלתי 2 - בינוני 3 - מתקדם</p> <p>ריריות _____ לשון _____ חך _____ T.M.G, בלוטות לימפה _____</p>	<table border="1"> <tr> <td>ניידות</td> <td></td> </tr> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td> </tr> </table>  <p>בוקלי</p> <p>עליונה</p> <p>פלטינלי</p> <table border="1"> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ניידות</td> <td></td> </tr> </table>	ניידות		עומק כיס		עומק כיס		ניידות	
	ניידות								
	עומק כיס								
עומק כיס									
ניידות									
<table border="1"> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ניידות</td> <td></td> </tr> </table>  <p>לינגואלי</p> <p>תחתונה</p> <p>בוקלי</p> <table border="1"> <tr> <td>עומק כיס</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ניידות</td> <td></td> </tr> </table>	עומק כיס		ניידות		עומק כיס		ניידות		
עומק כיס									
ניידות									
עומק כיס									
ניידות									

אבחנה

תכנית טיפול

הערות רופא החברה