



## טופס אישור מראש לטיפול אורתודונטי

מוגבל לאורתודונט מומחה בלבד

פרטי מקבל הטיפול	ת.ז.	פרטי הרופא המטפל	מס' רופא
שם פרטי _____ שם משפחה _____	_____	שם הרופא _____	_____
תאריך לידה _____ טלפון _____	_____	כתובת _____	_____
כתובת _____	_____	_____	_____
תאריך _____	_____	תאריך _____	חותמת וחתימה _____

### ממצאי הבדיקה:

סגר עובר אופקי OVER JET מ"מ \_\_\_\_\_ סגר עובר אנכי OVER BITE מ"מ \_\_\_\_\_

מנשך פתוח OVER BITE מ"מ \_\_\_\_\_

צפיפות ל. עליונה מ"מ \_\_\_\_\_ צפיפות ל. תחתונה מ"מ \_\_\_\_\_ עקירות \_\_\_\_\_

רווחים ל. עליונה מ"מ \_\_\_\_\_ רווחים ל. תחתונה מ"מ \_\_\_\_\_ הפרעה תיפקודית \_\_\_\_\_

שיניים חסרות \_\_\_\_\_ / שיניים כלואות \_\_\_\_\_ / שיניים עודפות \_\_\_\_\_ /

### האבחנה הינה:

BIMAXILLARY PROTRUSION  CLASS I

סגר צלבי אחורי  CLASS II/1

סגר צלבי קדמי  CLASS II/2

CLASS III

### הטיפול המומלץ הוא:

טיפול אורתודונטי מלא במכשיר קבוע  שתי לסתות  לסת אחת

טיפול אורתודונטי עם מכשיר נייד

טיפול אורתודונטי פונקציונלי

הערות:

הנני הח"מ נותן/ת בזה רשות לכל מוסד רפואי ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים לצורך ישוב פנייתי. אני מוותר/ת על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השרות שלהם.

חתימת המבוטח

חתימת האורתודונט