

טופס בדיקה לטיפולים פריודונטיים

נבקשך להעביר אלינו טופס זה מלא על כל פרטיו ישירות לחברתינו לכתובת המופיעה בראש הטופס.

פרטי מקבל הטיפול

| | | | |
|----------------------------|-------------|------------|-----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר מחלקה | מספר עובד |
| מספר ת.זהות (כולל ס.ב.) | מספר פוליסה | טלפון | |

ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

| טיפול מונע | לסת עליונה | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------|----|----|------|----|----|-------|----|----|------------------|----|----|-------------|----|----|----|
| | איבוד עצם | | | G.I. | | | אבנית | | | תזוזת השן (2)(3) | | | עומק הכיסים | | | |
| איבוד עצם | 0 | 1 | 2 | 3 | 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 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| אבנית | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| תזוזת השן (2)(3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| עומק הכיסים | | | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר השן | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| מספר השן | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| עומק הכיסים | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תזוזת השן (2)(3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| אבנית | 0 | 1 | 2 | 3 | 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 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| איבוד עצם | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| טיפול מונע | לסת תחתונה | | | | | | | | | | | | | | | |

איבוד עצם

- 0 - בריא
- 1 - התחלתית
- 2 - בינוני
- 3 - מתקדם

סימני דלקת G.I.

- 0 - בריא
- 1 - דלקת קלה, אין דימום
- 2 - דלקת בינונית, דימום בבדיקה
- 3 - דלקת חמורה, דימום ספונטני

אבנית

- 0 - אין
- 1 - התחלתית
- 2 - בינונית
- 3 - רבה

תזוזת השן

- 2 - תזוזה הוריוזנטלית
- 3 - תזוזה ורטיקלית

אבחנות

- 0 - אין בעיה פריודונטלית
- 1 - ג'ינג'יטיס
- 2 - פריודונטיטיס התחלתית
- 3 - פריודונטיטיס מתונה
- 4 - פריודונטיטיס מתקדמת

עומק הכיסים

יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ יש לסמן את השן החסרה.

ממצאים שונים

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ:

תאריך

חתימת המבוטח לפני טיפול

פרטי הרופא/ה:

| | |
|--------|-------------|
| שם מלא | רשיון מומחה |
| רחוב | מס' בית |
| מיקוד | עיר/יישוב |
| טלפון | |

חותמת וחתימת הרופא/ה