

טופס בדיקה אורטודנטית לצורך קבלת אישור לתוכנית טיפול

פרטי מקבל הטיפול				
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון

פרטי הרופא				
שם פרטי	שם משפחה	מס' רישיון רופא	מס' רישיון מומחה	
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון
תאריך	חתימה וחותמת			X

ממצאי בדיקה			
יחס מולרים	CLASS I:	CLASS II:	CLASS III:
יחס עובר אנכי	יחס עובר אופקי	מ"מ	מנשך פתוח
צפיפות בלסת עליונה	מ"מ	צפיפות בלסת תחתונה	מ"מ
מנשך הפוך קדמי	מנשך הפוך אחורי	מנשך מספרים	
רווחים לסת עליונה	מ"מ	רווחים לסת תחתונה	מ"מ
שיניים חסרות	שיניים כלואות	פרופיל	
פנים			
סיכום האבחנה			

תוכנית טיפול	

מיכשור	

אישור התוכנית		
שם המאשר	סוג האישור	תאריך האישור
הערות		
חתימה וחותמת		

הוראות לרופא	
1. אין להתחיל את הטיפול האורטודנטי ללא קבלת אישור בכתב מהמבטח.	
2. יש למלא בדיוקנות את טופס הבדיקה.	
3. יש לצרף לטופס הבדיקה סט צילומים אורטודנטיים.	