

פרטי מקבל הטיפול:

משפחה: _____ שם: _____ מסי זהות: _____ תאריך לידה: _____
כתובת בעל הפוליסה: _____ טלפון: _____

ממצאי בדיקה ואישור מראש לטיפולים אורטודונטיים

מצב שיניים ולסתות בזמן הבדיקה שנערכה בתאריך _____

יחסים בין לסתיים

יחס מולרים לפי אנגל צד שמאל _____ צד ימין _____
יחס ניבים לפי אנגל צד שמאל _____ צד ימין _____
סגר עובר אופקי מ"מ _____ סגר עובר אנכי מ"מ _____
מנשך פתוח מ"מ _____
סגר צלבי בשיניים _____

יחסים תוך לסתיים

צפיפות בקשת עליונה מ"מ _____ בקשת תחתונה מ"מ _____
שיניים חסרות _____ שיניים עודפות _____ שיניים כלואות _____
ממצאים נוספים _____
אבחנה (כולל סקלטלי) _____

תוכנית טיפול:

1. עקירת שיניים קבועות _____
2. טיפול במכשירים ניידים לסת עליונה _____ לסת תחתונה _____
3. טיפול במכשירים קבועים: _____
טבעות סמכים לסת עליונה _____ לסת תחתונה _____
רסן _____ מכשיר להרחבה _____
4. טיפול משולב - מכשירים קבועים כולל טיפול במכשיר פונקציונלי/ אורטופדי

הערות:

1. לטופס בדיקה זה יש לצרף תמונות פנים ושיניים וצלום פנורמי.
2. לחברה הזכות להפנות את המבוטח למומחה אורטודנט מטעמה.

שם הרופא: _____ כתובת המרפאה: _____

מס' רשיון מומחה: _____ חתימה וחזתמת: _____

הסכם כן/לא _____