

טופס בדיקה לטיפולים פריודונטליים

אגף לביטוח שיניים "בית הראל", רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1952 רמת-גן 52118 .טל. 03-7547222

פרטי מקבל הטיפול: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____	מס' מחלקה: _____ מס' ת. זהות: _____ מס' עובד: _____ פוליסה: _____	
---	--	--

ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

לסת עליונה	טיפול מונע																			
	0	1	2	3		0	1	2	3		0	1	2	3						
לסת תחתונה	איבוד עצם																			
	G.I.																			
	אבנית																			
	תזוזת השן (2) (3)																			
	עומק הכיסים																			
	מספר השן					18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
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		
G.I.					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		
טיפול מונע																				

איבוד עצם

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

אבנית

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

סימני דלקת G.I.

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

תזוזת השן

- 2 - תזוזה הוריונטלית
- 3 - תזוזה ורטיקלית

אבחנות

- 0 - אין בעיה פריודונטלית
- 1 - גינגייביטיס
- 2 - פריודונטיטיס התחלתית
- 3 - פריודונטיטיס מתונה
- 4 - פריודונטיטיס מתקדמת

ממצאים שונים

עומק כיסים

יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ
יש לסמן ב-X את השן החסרה

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ _____

תאריך: _____	חתימת המבוטח לפני טיפול: _____			
חותמת וחתימת הרופא	טלפון	כתובת	רשיון מומחה	שם