

טופס בדיקה למטופלים פרידונטליים

← פרטי מקבל הטיפול

שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.
מקום העבודה	מס' פוליסה	

← ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

סימני דלקת G.I. = 0	בריא	0 - 1	דלקת קלה אין דמום	1 - 2	דלקת בינונית, דמום בבדיקה	2 - 3	דלקת חמורה, דמום ספונטני	3 - מתקדם
אבוד עצם	0 - 1	בריא	1 - התחלתי	2 - 3	בינוני	3 - תזוזה ורטיקלית	2 - פריודונטיטיס התחלתי	3 - רבה
תזוזת השן	0 - 1	תזוזה הריונטלית	2 - 3	אין בעיה פריודונטלית	1 - גנגיוויטיס	4 - פריודונטיטיס מתקדמת		
אבחנות	0 - 1	אין	1 - התחלתי	2 - 3	פריודונטיטיס מתונה			
אבנית	0 - 1	אין	1 - התחלתי	2 - 3	פריודונטיטיס מתונה			

ממצאים שונים

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

← לסת עליונה

טיפול מונע																
אבוד עצם	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				
אבנית	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

← לסת תחתונה

טיפול מונע																
אבוד עצם	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				
אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
תזוזת השן (2) (3)																
עומק הכיסים																
מספר השן	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ

← פרטי הרופא

שם פרטי	שם משפחה	מס' רשיון רופא	מס' רשיון מומחה
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד
תאריך	חתימה וחותמת	טלפון	