

## טופס בדיקה אורטודנטית לצורך קבלת אישור לתוכנית טיפול

### ← פרטי הנבדק

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

### ← פרטי הרופא

שם פרטי		שם משפחה		מס' רישון רופא		מס' רישון מומחה	
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון	תאריך		
<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחתימת							

### ← ממצאי הבדיקה

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

### ← אישור התוכנית

שם המאשר		סוג האישור		תאריך האישור	
הערות					
<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחתימת					

### ← הוראות לרופא

- אין להתחיל את הטיפול האורטודנטי ללא קבלת אישור בכתב מהמבטח.
- יש למלא בדיוקנות את טופס הבדיקה.
- יש לצרף לטופס הבדיקה סט צילומים אורטודנטיים.