**רשות מקומית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טופס בקשה לריפוי דנטלי תאריך הבדיקה \_\_\_\_\_\_\_\_**

**סעיף א':**

1. **הפונה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם משפחה שם פרטי מס' זיהוי שנת לידה**

1. **העו"ס המטפל/ עובד אחר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם משפחה שם פרטי**

1. **רופא השיניים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם משפחה שם פרטי מס' זיהוי מס' רישיון**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**כתובת המרפאה ישוב טלפון במרפאה**

**לרופא השיניים:** אין לבצע טיפול לפני מתן האישור. נא למלא את כל הפרטים בדייקנות.

**סעיף ב' המצב הקיים: מצב חניכיים**: טוב/ ג'ינג'יביטיס/ פריודונטיטיס קלה/ פריודונטיטיס קשה  **1 שמירת ניקיון הפה:** טוב/ בינוני/ גרוע

* **יש לצרף צילומי רנטגן מתאימים (פנורמי, סטטוס או נשכים) בנוסף עבור כל שן שיש צורך בטיפול שורש מבנה או כתר יש לצרף צילום פריאפיקלי. . מס' הצעת**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**סעיף ג' – תוכנית טיפול:** שיניים מחיר סכום מאושר

**צילומים: פנורמי סטטוס**

**ניקוי אבן: לסת עליונה לסת תחתונה**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **לסת עליונה** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** |  |  |  |  |
| **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** |  |  |  |  |
| **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** |  |  |  |  |
| **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** |  |  |  |  |
| **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** |  |  |  |  |
| **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** |  |  |  |  |
| **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **שמאל** | **28** | **27** | **26** | **25** | **24** | **23** | **22** | **21** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **ימין** | |  |  |
| **38** | **37** | **36** | **35** | **34** | **33** | **32** | **31** | **41** | **42** | **43** | **44** | **45** | **46** | **47** | **48** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **לסת תחתונה** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** | **סא** |  |  |  |  |
| **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** | **טש** |  |  |  |  |
| **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** | **מ** |  |  |  |  |
| **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** | **כ** |  |  |  |  |
| **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** | **ע** |  |  |  |  |
| **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** | **צ** |  |  |  |  |
| **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** | **ת** |  |  |  |  |
| **בדיקה** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| **טיפול אחר (פרט)** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**לסמן בעגול את הטפול הנדרש. מקרא: ת=** תותבת **: צ=** צילום פריאפיקלי **: ע=** עקירה **: טש=** טיפול שורש **: מ=** מבנה **: כ=** כתר**: סל=** סתימה לבנה **: סא=** סתימת אמלגם**. :** שן חסרה לסמן **x.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **אגף לבריאות השן**  **משרד הבריאות**  ת.ד. 1176 ירושלים 944724  [Call.habriut@moh.heslth.dov.il](mailto:Call.habriut@moh.heslth.dov.il)  **טל**: 5400\* **פקס**: 02-5655995 |  | **Division of Dental Health**  **Ministry of Health**  P.O.B. 1176 Jerusalem 944724  [Call.habriut@moh.health.gov.il](mailto:Call.habriut@moh.health.gov.il)  **Tel**: \*5400 **FAX**: 02-5655995 |