

פרטי מקבל הטיפול

שם משפחה	שם פרטי	מס' תז.

עומק כיסים

יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ יש לסמן ב-✓ את השן החסרה לאור הנ"ל המתרא סובל מ

ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

לסת עליונה																
טיפול מונע																
איבוד עצם	0	1	2	3	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	0	1	2	3
אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
תזוזת שם (2) (3)																
עומק הכיסים																
מספר השן	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
לסת תחתונה																
מספר שן	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
עומק הכיסים																
תזוזת שם (2) (3)																
אבנית	0	1	2	3	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	0	1	2	3
איבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
טיפול מונע																
סימני דלקת G.I	תזוזת השן	אבחנות	איבוד עצם	אבנית												
0 - בריא 1 - דלקת קלה, אין דימום 2 - דלקת בינונית, דימום בבדיקה 3 - דלקת חמורה, דימום ספונטי	2 - תזוזה הוריונטלית 3 - תזוזה ורטיקלית	0 - אין בעיה פריודונטלית 1 - ג'ינג'יביטיס 2 - פריודונטיטיס התחלתית 3 - פריודונטיטיס מתונה 4 - פריודונטיטיס מתקדמת	0 - בריא 1 - התחלתי 2 - בינוני 3 - מתקדם	0 - אין 1 - התחלתית 2 - בינונית 3 - רבה												
ממצאים שונים																

תאריך: חתימת המבוטח לפני טיפול: /

פרטי הרופא:

שם רשיון מומחה כתובת טלפון חותמת וחתימת הרופא