

א פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מס' פוליסה
----------	---------	-----------	------------	------------

ב פרטי הרופא המטפל

מס' רישיון	מס' מרפאה	שם האורטודונט	מס' טלפון
------------	-----------	---------------	-----------

ג אבחנות נא לסמן ב-X את הממצא הנדנטלי התואם

אבחנת הפרעת סגר עפ"י אנגל					
CLASS 1	<input type="checkbox"/>	DIVISION 1	<input type="checkbox"/>	DIVISION 2	<input type="checkbox"/>
CLASS 2	<input type="checkbox"/>	SUB DIVISION	<input type="checkbox"/>	אין	<input type="checkbox"/>
CLASS 3	<input type="checkbox"/>	קדמי	<input type="checkbox"/>	קדמי ואחורי	<input type="checkbox"/>
סוגר צלבי	<input type="checkbox"/>	אחורי	<input type="checkbox"/>	CROSS BITE	<input type="checkbox"/>
סגר עובר אופקי	ציין מ"מ _____	FLARING	<input type="checkbox"/>	OVERJET	<input type="checkbox"/>
סגר עובר אנכי	ציין מ"מ % _____	DEEP BITE	<input type="checkbox"/>	OPEN BITE	<input type="checkbox"/>
סגר מספריים	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	SCISSOR BITE	<input type="checkbox"/>	CROWDING	<input type="checkbox"/>
צפיפות עליונה (מוערך)	ציין מ"מ _____	צפיפות תחתונה (מוערך)	ציין מ"מ _____	במצב בו שיניים חסרות, סמן ב-X אם בכוונתך: <input type="checkbox"/> לפתוח <input type="checkbox"/> או <input type="checkbox"/> לסגור רווחים	
במצב בו שיניים כלואו ו/או עודפות, סמן ב-X אם בכוונתך: <input type="checkbox"/> להשאירן <input type="checkbox"/> או <input type="checkbox"/> לעקורן <input type="checkbox"/> או <input type="checkbox"/> למושכן במקומם					
ציין ב-X אם באם הטיפול דורש: <input type="checkbox"/> עקירות שיניים <input type="checkbox"/> אינו דורש <input type="checkbox"/> יתברר בהמשך					
סמן ב-X אם הטיפול המוצע יבוצע באמצעות:					
<input type="checkbox"/>	טיפול במכשיר נייד	הערות: _____			
<input type="checkbox"/>	טיפול במכשיר קבוע	_____			
<input type="checkbox"/>	רסן	_____			
<input type="checkbox"/>	מכשיר פונקציונלי	_____			
<input type="checkbox"/>	פלטה	_____			
<input type="checkbox"/>	טבעות לסת עליונה	_____			
<input type="checkbox"/>	טבעות לסת תחתונה	_____			
<input type="checkbox"/>	קיבוע:	_____			
<input type="checkbox"/>	רטיינר נייד	_____			
<input type="checkbox"/>	רטיינר קבוע	_____			
<input type="checkbox"/>	רטניצייה אקטיבית במיכשור פונקציונלי	_____			
חתימת האורטודונט: _____					

ד הצהרת המבוטח

הנני הח"מ נותן/ת בזאת רשות לכל מוסד רפואי למסור להראל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים למבטח לצורך ישוב פניותי. אני מוותר/ת על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל תענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם.

חתימת המבוטח: _____ תאריך: _____