

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"/>		
CLASS 3	<input type="checkbox"/>				
סוגר צלבי	<input type="checkbox"/>	קדמי	<input type="checkbox"/>	אחורי	<input type="checkbox"/>
CROSS BITE	<input type="checkbox"/>	אין	<input type="checkbox"/>	קדמי ואחורי	<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"/>
צפיפות עליונה (מוערך)	ציין מ"מ _____			CROWDING	<input type="checkbox"/>
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"/> 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:					
טיפול במכשיר נייד	<input type="checkbox"/>	הערות: _____			
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:		_____			
רטיינר נייד	<input type="checkbox"/>	_____			
רטיינר קבוע	<input type="checkbox"/>	_____			
רטניצייה אקטיבית במיכשור פונקציונלי	<input type="checkbox"/>	_____			
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: _____