

# מדינת ישראל - משרד הבריאות

## החטיבה לענייני בריאות

# בריאות השן

נוהל בריאות השן מס': 8.7 נוהל בריאות הנפש 65.002	מהדורה מס': 3, עודכן ביום : 26.10.2004
דף 1 מתוך 10 דפים	תאריך תוקף: 01.12.2004
הנושא: <b>בריאות פה ושיניים</b>	
הנדון: <b>מתן טיפול שיניים למאושפזים במרכזיים רפואיים לבריאות הנפש</b>	

### כללי:

טיפול פה ושיניים למאושפזים כרוניים מעל שנה בבתי חולים פסיכיאטרים, מהווה חלק מהטיפול בביה"ח. לצורך ההשתתפות במימון הטיפול הוקמה קרן במשרד הבריאות. ניצול נכון של כספי הקרן יבטיח מתן טיפול חשוב זה למספר רב של חולים.

### מטרה:

להסדיר תהליך בדיקות שיניים וטיפולי שיניים למאושפזים כרוניים.

### אחריות:

אחריות יישום נוהל זה על:  
מנהל האגף לבריאות השן  
ראש שירותי בריאות הנפש  
רופא שיניים מחוזי  
פסיכיאטר מחוזי

### אזכורים:



חוזר מינהל רפואה בתי חולים פסיכיאטרים, בריאות הפה והשיניים מס' 40/96.  
נוהל הפעלת מרפאות שיניים בשירותי בריאות הנפש ע"י מסגרת אישפוזית (נוהל 8.8).  
הגדרות:

- 5.1 מרפאת השיניים - מרפאת שיניים שמטפלת במאושפזים כרוניים.
- 5.2 רופא שיניים מחוזי - רופא אחראי לבריאות השן בלשכת הבריאות המחוזית של משרד הבריאות.
- 5.3 מנהל - מנהל מרכז בריאות הנפש.
- 5.4 זכאים לטיפול: מאושפזים כרוניים על פי הגדרת שירותי בריאות הנפש.

### חלות:

נוהל זה חל על:

- 6.1 מנהלי מרכזי בריאות הנפש
- 6.2 רופאי שיניים של מרפאות

אושר על-ידי:	מהדורה זו נערכה על-ידי:
 ד"ר אלמסנדר גרינשפון ראש שירותי בריאות הנפש	 ד"ר שלמה פ. זיסמן מנהל האגף לבריאות השן
	ד"ר לנה נטפוב – אגף לבריאות השן ד"ר בתיה ליינדר – שירותי בריאות הנפש ד"ר מסארווה, האגף לבריאות השן

נוהל בריאות השן מס': 8.7 נוהל בריאות הנפש 65.002	מהדורה מס': 3, עודכן ביום : 26.10.2004
דף 2 מתוך 10 דפים	תאריך תוקף: 01.12.2004
הנושא: <b>בריאות פה ושיניים</b>	
הנדון: <b>מתן טיפול שיניים למאושפזים במרכזיים רפואיים לבריאות הנפש</b>	

## הפעלת השרות

### הפעלת השרות תעשה בהתאם לסדרי עדיפויות מקצועיים ובכפוף למגבלת משאבים. מרפאת שיניים:

- 1.1.1 אם במוסד מרפאת שיניים, יש להפנות את המטופל למרפאה זו.
- 1.1.2 ההפניה תהיה יוזמה מצד המוסד ותבצע לאחר בדיקה תקופתית כאמור בנוהל 8.7
- 1.1.3 אם למוסד אין מרפאת שיניים ניתן:
- 1.1.3.1 להפנות את המטופל למרפאת שיניים במוסד אשפוזי אחר. המוסד השולח מממן
- את הטיפולים כפי שמפורט בסעיף 7.3 על פי מחירון משרד הבריאות.
- 1.1.3.2 לדאוג לטיפול במוסד ע"י שרות דנטלי נייד.
- 1.1.4 הפניה למרפאה תבוצע על גבי טופס הפניה למרפאת שיניים 65.002.01 נספח 12.1.

## 1.2 מימון טיפול:

- 1.2.1 משרד הבריאות – שירות בריאות הנפש מממן את עלות עבודות המעבדה על פי מחירון
- משרד הבריאות וכן 10% מעלות הטיפול המשקם על פי מחירון משרד הבריאות לנזקקים (עבור החומרים).
- 1.2.2 המטופל ישלם 5% מעלות הטיפול על פי המחירון הני"ל לביה"ח. במקרים בהם אין
- למטופל כל יכולת כספית, שרותי בריאות הנפש יכולים לפטור אותו מהשתתפות עצמית.
- 1.2.3 בית החולים - מממן את יתרת עלות הטיפול המשמר ואת הטיפול המשקם.

## 2. טיפול בפונה

### 2.1 במרפאה המטופל ייבדק, ולצורך איבחון ותוכנית טיפול יבוצעו לפי הצורך:

- א. תצלומי נשך
- ב. תצלומים פריאפיקליים
- ג. תצלום פנורמי
- ד. תצלום סטטוס

### 2.2 סל טיפולים

- 2.2.1 הטיפול חייב לכלול הדרכה לשמירת בריאות הפה והשיניים והתחזוקה של השחזורים והמתקנים הפרוטטיים החדשים (MAINTENANCE).
- 2.2.2 סל הטיפולים כולל את הטיפולים המפורטים במחירון משרד הבריאות (נספח 12.7).
- 2.2.3 יש לבחור בחלופה הפשוטה של תוכנית הטיפול השקומית.

נוהל בריאות השן מס': 8.7 נוהל בריאות הנפש 65.002	מהדורה מס': 3, עודכן ביום : 26.10.2004
דף 3 מתוך 10 דפים	תאריך תוקף: 01.12.2004
הנושא: <b>בריאות פה ושיניים</b>	
הנדון: <b>מתן טיפול שיניים למאושפזים במרכזיים רפואיים לבריאות הנפש</b>	

**2.3 הרופא ירשום את התוכנית הטיפול על טופס בקשה לריפוי דנטלי 65.002.02 נספח 12.2 ב- 2 עותקים:**

2.3.1 עותק אחד יישאר במרפאה

2.3.2 עותק נוסף עם הצילומים יישלח למרכז שירות דנטלי לחולי נפש באגף לבריאות השן,

משרד הבריאות

8.4 עם קבלת האישור בכתב כמפורט בסעיף 8.3.2 תתחיל סדרת הטיפולים.

8.5 לאחר כל ישיבה (טיפול) ישלח למחלקת אשפוז טופס אישור קבלת טיפול שיניים 65.002.03 נספח 12.3.

8.6 יש לסיים את כל הטיפולים ברצף לכל מאושפז, ולהביאו למצב DENTALLY FIT.

8.7 בסיום כל הטיפולים - יש למלא ולחתום על טופס אישור בצוע ריפוי דנטלי 65.002.06 נספח 12.6 ולשלוח את הטופס למרכז שרות דנטלי לחולי נפש באגף לבריאות השן.

8.8 הפניה למרפאה חוץ מוסדי

8.8.1 מאושפז הזקוק לטיפול שלא ניתן לביצוע במרפאה (צורך בהרדמה כללית, ניתוחי פה ולסתות

וכד') יופנה למרפאת מומחים עם טופס הפניה למרפאת מומחים 65.002.04 נספח 12.4.

8.8.2 על מרפאת המומחים להגיש תוכנית טיפול עם חלופות והצעת מחיר על גבי טופס בקשה לריפוי

שיניים - מרפאת מומחים 65.002.04, נספח 12.5, ולשלוח את הבקשה למרכז שרות דנטלי בין

החלופות לטיפול תאושרנה חלופות טיפול פשוטות.

8.8.3 לאחר קבלת אישור בכתב לתוכנית הטיפול, יחל הטיפול בפונה.

8.8.4 מימון הטיפול כפי שהופיע ב-7.3.

8.9 המשרד אינו משתתף כלל בעלויות טיפול שבוצע ללא קבלת אישור מראש מהאגף לבריאות השן ואינו אחראי על תוכניות טיפול אלה.

**9. תהליך הטיפול הבקשה באגף לבריאות השן**

9.1 באגף לבריאות השן תיבדק הבקשה ותאושר מבחינה מקצועית, כולל תעריפים עפ"י המחירון המוכר.

9.2 האישורים והצילומים יוחזרו לרופא במרפאת השיניים להתחלת הטיפול.

נוהל בריאות השן מס': 8.7 נוהל בריאות הנפש 65.002	מהדורה מס': 3, עודכן ביום : 26.10.2004
דף 4 מתוך 10 דפים	תאריך תוקף: 01.12.2004
הנושא: <b>בריאות פה ושיניים</b>	
הנדון: <b>מתן טיפול שיניים למאושפזים במרכזיים רפואיים לבריאות הנפש</b>	

- 9.3 בתום הטיפול, רופא השיניים יחתום על טופס אישור ביצוע ריפוי שיניים 65.002.06  
נספח 12.6 בציון תאריך סיום הטיפולים, ויחתים את המטופל.
- 9.4 טכנאי השיניים יגיש חשבונית לרכז שירות דנטלי עפ"י המחירון המאושר.
- 9.5 הקבלות וטופס אישור יועברו לשירותי בריאות הנפש לתשלום ההשתתפות.

#### 10. אחריות פסיכיאטר מחוזי:

לפקח ולבקר ביצוע נוהל זה בבתי החולים בתיאום עם רופא שיניים מחוזי.

10.1 רופא השיניים המחוזי או נציגו יצורפו לבקרה המבוצעת במרכזי בריאות הנפש ע"י

הפסיכיאטר

המחוזי.

#### 11. אחריות רופא שיניים מחוזי

- 11.1 לוודא כי בוצעו בדיקות תקופתיות בקרב מאושפזים המיועדים
- 11.2 לוודא כי החולים המיועדים לשחרור הזקוקים לטיפול מופנים למרפאה באופן יזום.
- 11.3 לבצע בדיקה מדגמית של המאושפזים שסיימו טיפול.

#### 12. נספחים:

- 12.1 טופס הפניה למרפאת שיניים 65.002.01
- 12.2 טופס בקשה לריפוי שיניים 65.002.02
- 12.3 טופס אישור קבלת טיפול שיניים 65.002.03
- 12.4 טופס הפניה למרפאת שיניים מומחים 65.002.04
- 12.5 טופס בקשה לריפוי שיניים מרפאת מומחים 65.002.05
- 12.6 טופס אישור על ביצוע ריפוי שיניים 65.002.06
- 12.7 מחירון משרד הבריאות לנזקקים 65.002.07

**טופס הפניה למרפאת שיניים במרכז בריאות הנפש**

אל: מרפאת שיניים, כאן

הננו מפנים אליכם את החולה לטיפול שיניים, ולהלן פרטיו:

שם החולה \_\_\_\_\_ ת"ז מס' \_\_\_\_\_

מחלקה \_\_\_\_\_ טלפון מס' \_\_\_\_\_

מחלות גופניות: סוכרת, לחץ דם, בעיות קרישה, \_\_\_\_\_

מחלות מדבקות: HIV, הפטיטיס B, הפטיטיס C

האם קיבל בעבר הרדמה מקומית: כן / לא    האם עבר ניתוחים בעבר: כן / לא

מצב נפשי: שקט / אי שקט

שיתוף פעולה: כן / לא / חלקי

ניידות: עצמאי / כסא גלגלים / עם ליווי

נוטל התרופות הבאות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אלרגיה לתרופות: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימה וחותמת

תפקיד

שם המפנה

תאריך

**טופס בקשה לריפוי שיניים**

סעיף א'

(1) הפונה \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהוי \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_ מאושפז רצוף מתאריך \_\_\_\_\_

(2) העו"ס המטפל/עובד אחר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

(3) רופא השיניים \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**III**

כתובת המרפאה \_\_\_\_\_ י ש ו ב \_\_\_\_\_ טלפון במרפאה \_\_\_\_\_

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

**סעיף ב' המצב הקיים:**

**מצב חניכיים:** טוב/ גיינגייביטיס/ פריודונטיטיס מקומית / פריודונטיטיס חמורה עם מעורבות עצם.

**שמירת נקיון הפה:** טוב / בינוני / גרוע

סעיף ג' תוכנות טיפול: **להקיף בעגול את הטפול הנדרש.**

**מקרא:** ת= תותבת : צ= צילום פריאפיקלי: ע= עקירה : טש= טיפול שורש : מ= מבנה : כ= כתר : סל= סתימה מרוכבת (לבנה) : סא= סתימת אמלגם. (לציין שטח סתימה MODLB) : שן חסרה לסמן X.

מס' שיניים

ניקוי	צילומים: אבנית:		פנורמי לסת עליונה				סטטוס לסת תחתונה				מס' שיניים				
	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת
ל	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ
ס	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע
ת	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ
ע	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ
ל	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש
י	סא	סא	סא	סא	סא	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא
ו															
נ	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
ה	סא	סא	סא	סא	סא	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא
	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש
ש	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
ל	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע
ת	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ
ת															
ח															
ת															
ו															
נ															
ה															

טיפול אחר (פרט) \_\_\_\_\_

הערות רופא שיניים מאשר (אגף לבריאות השן) \_\_\_\_\_

אגף לבריאות השן  
אישור מקצועי  
\_\_\_\_\_

חתימה וחותמת רופא שיניים  
מאשר (האגף)  
\_\_\_\_\_

אל: מחלקה \_\_\_\_\_

הנ"ל קיבל את טיפול במרפאתנו :

עקירה	טיפול שורש	סתימה	הרדמה מקומית סוג וכמות	טיפול אחר(פרט)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

זקוק לטיפול תומך /תרופה \_\_\_\_\_

במשך \_\_\_\_\_ ימים.

הערות: \_\_\_\_\_

מוזמן להמשך טיפול שיניים בתאריך: \_\_\_\_\_ בשעה: \_\_\_\_\_

להמשך טיפול או להתייעצות דחופה יש לפנות למרפאת השיניים: ד"ר \_\_\_\_\_  
טל: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימת רופא השיניים והותמת

\_\_\_\_\_ תאריך

**טופס הפניה למרפאת שיניים מומחים**

אל: מרפאת שיניים \_\_\_\_\_

הננו מפנים אליכם את החולה לטיפול שיניים, ולהלן פרטיו:

שם החולה \_\_\_\_\_ ת"ז מס' \_\_\_\_\_  
מחלקה \_\_\_\_\_ טלפון מס' \_\_\_\_\_  
מחלות גופניות: סוכרת, לחץ דם, בעיות קרישה, \_\_\_\_\_  
מחלות מדבקות: HIV, הפטיטיס B, הפטיטיס C \_\_\_\_\_  
האם קיבל בעבר הרדמה מקומית: כן / לא    האם עבר ניתוחים בעבר: כן / לא  
מצב נפשי: שקט / אי שקט

שיתוף פעולה: כן / לא / חלקי  
ניידות: עצמאי / כסא גלגלים / עם ליווי  
נוטל התרופות הבאות: \_\_\_\_\_  
אלרגיה לתרופות: \_\_\_\_\_  
מטרת ההפניה: \_\_\_\_\_

תאריך	שם המפנה	תפקיד	חתימה וחותמת
-------	----------	-------	--------------

**טופס אישור קבלת טיפול שיניים מרפאת מומחים**

אל: מחלקה \_\_\_\_\_  
הנ"ל קיבל את טיפול במרפאתנו :  
עקירה    טיפול שורש    סתימה    הרדמה מקומית סוג וכמות    טיפול אחר(פרט)  
                  
זקוק לטיפול תומך/תרופה \_\_\_\_\_  
במשך \_\_\_\_\_ ימים.  
הערות: \_\_\_\_\_

מוזמן להמשך טיפול שיניים בתאריך: \_\_\_\_\_ בשעה: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת רופא השיניים וחותמת \_\_\_\_\_

משרד הבריאות  
3 עותקים  
האגף לבריאות השן  
השן לאישור

שרות דנטלי לחולי נפש

הטופס ימולא ב -  
ויועבר לאגף לבריאות



- (1) הפונה \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהוי \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_ מאושפז רצוף מתאריך \_\_\_\_\_
- (2) העו"ס המטפל/עובד אחר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_
- (3) רופא השיניים \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**IV**

כתיבת המרפאה י ש ו ב טלפון במרפאה

**V**

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

**סעיף ב' המצב הקיים:**

**מצב הניכיים:** טוב/ ג'ינג'יביטיס/ פריודונטיטיס מקומית / פריודונטיטיס חמורה עם מעורבות עצם. **שמירת נקיון הפה:** טוב / בינוני / גרוע

סעיף ג' תוכנית טיפול: **להקיף בעגול את הטיפול הנדרש.**

**מקרא:** ת= תותבת: צ= צילום פריאפיקלי: ע= עקירה: טש= טיפול שורש: מ= מבנה: כ= כתר: סל= סתימה מרוכבת (לבנה): סא= סתימת אמלגם. (לציין שטח סתימה MODLB) : שן חסרה לסמן **X**.

	<b>מס' שיניים</b>		<b>סטטוס</b>						<b>פנורמי</b>						<b>צילומים:</b>		<b>ניקוי</b>		
			<b>לסת תחתונה</b>						<b>לסת עליונה</b>						<b>אבנית:</b>				
	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת		ת	ת
<b>האגף לבריאות השן אינו מאשר: כתרים, גשרים, תותבת יצוקה מויטליום ללא צילום פנורמי.</b>																			ל ט 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	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	
			<b>ימין</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	
																			שמאל ל ט ת
			סא	סא	סא	סא	סל	סל	סל	סל	סל	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		

טיפול אחר (פרט)

הערות רופא שיניים מאשר (אגף לבריאות השן)

אגף לבריאות השן  
אישור מקצועי

חתימה וחותמת רופא שיניים  
מאשר (האגף)

סעיף א'

(1) הפונה \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהוי \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_ מאושפז רצוף מתאריך \_\_\_\_\_

(2) העו"ס המטפל/עובד אחר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

(3) רופא השיניים \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

טלפון במרפאה \_\_\_\_\_ י ש ו ב \_\_\_\_\_ כתובת המרפאה \_\_\_\_\_

**סעיף ב' המצב הקיים:**

**מצב חניכיים:** טוב/ ג'ינג'יביטיס/ פרידונטיטיס מקומית / פרידונטיטיס חמורה מעורבות עצם.  
**שמירת נקיון הפה:** טוב / בינוני / גרוע

סעיף ג' הטיפול בשבוצע להקיה בעגול את הטיפול הנדרש.

**מקרא:** ת = תותבת: צ = צילום פריאפיקלי: ע = עקירה: טש = טיפול שורש: מ = מבנה: כ = כתר: סל = סתימה מרוכבת (לבנה): סא = סתימת אמלגם. (לציין שטח סתימה MODLB) : שן חסרה לסמן X.

מס' שיניים	סטטוס								פנורמי								צילומים:		ניקוי		
	לסת תחתונה								לסת עליונה								אבנית:				
	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ל	ת	
	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	ל	ת	
	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ס	ת	
	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	ע	ל	
	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	י	ל	
	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	ו	ל	
	סא	סא	סא	סא	סא	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא	סא	סא	נ	ל		
																			ה	ל	
<b>ימין</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>					
	סא	סא	סא	סא	סא	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	ש	ל
	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	מ	ל
	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	כ	ל
	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	ע	ל
	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	צ	ל
	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	ת	ל
	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ל

הערות רופא שיניים המטפל:

אישור ביצוע הטיפול:

חתימה הפונה:

תאריך

חתימה רופא שיניים המטפל:

תאריך