

טופס הפניה לטיפול דנטלי לזכאי סל שיקום

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

הערות לטופס :

על הגורם המפנה לדאוג למילוי טופס זה ולצרפו להפניה לועדת השיקום האזורית.
לאחר אישור הועדה אפשר להפנות את המשתקם לטיפול במרפאת שניים . ראה רשימה מצורפת

מחלות מדבקות [] כן [] לא (נא לפרט) _____

מחלות גופניות : (סכרת , יתר לחץ דם , בעיות בקרישה) _____

אלרגיות : כן לא (נא לפרט) _____

תרופות (שם ומינון) _____

שם הרופא _____ חתימה _____

תאריך _____ מקום עבודה _____

לכבוד :

מנהל מרפאת השיניים

במסגרת סל שיקום אושר טיפול דנטלי עבור :

שם _____ שם משפחה _____ מס' זהות _____

נא למלא את הטופס "בקשה לטיפול דנטלי : זכאי סל שיקום" , המפרט את תוכנית הטיפול, ולשלוח בצרוף צילומים , לאגף לבריאות השן, רכז שירות דנטלי לזכאי סל שיקום, משרד הבריאות , רח' ירמיהו 39 ירושלים .
אישור התוכנית ישלח למרפאה .
עם גמר הטיפול יש למלא " טופס גמר טיפול " ולשלוח לכתובת הנ"ל .