

## בקשה להפנייה לטיפול שיננית

### הצהרת המטופל:

נבדקתי בשנה האחרונה ע"י רופא שיניים מצ"ב אישור בדיקה.

אין בידי הפניה, הנני מבקש הפניה לשיננית עקב \_\_\_\_\_  
 הוסבר לי והבנתי כי: מעבר לטיפול שיננית עלי להיבדק ע"י רופא שיניים ולבצע צילומים באופן תקופתי.  
 הוסבר לי והבנתי שיתכן וקיימים שחזורים וכתרים לקויים, אשר עלולים להתנתק במהלך הטיפול ויהיה צורך לבצעם מחדש בתשלום.

### הצהרת בריאות:

מחלות היום ובעבר  כן  לא

מחלות מדבקות:  כן  לא

צהבת B  צהבת C  איידס  שחפת

אשפוזים וניתוחים  כן  לא

מחלות אחרות:  כן  לא

סכרת  יתר לחץ דם  מחלת כליות

אוסטיאופורוזיס  אסטמה/ בעיות נשימה

מחלות לב - פירוט \_\_\_\_\_

הריון:  כן  לא

מסתם מלאכותי

שבוע \_\_\_\_\_

סרטן

כימוטרפיה/הקרנות

תאריך טיפול אחרון / במהלך \_\_\_\_\_

תרופות: \_\_\_\_\_

מחלות נוירולוגיות- פירוט \_\_\_\_\_

בעיות פסיכיאטריות - פירוט \_\_\_\_\_

מחלות אחרות - פירוט \_\_\_\_\_

עישון:  כן  לא

מס' סיגריות \_\_\_\_\_

אלרגיה:  כן  לא

פניצילין  חומרי הרדמה  לטקס

אחר \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מטופל/ת: \_\_\_\_\_

### -ימולא ע"י רופא/ת שיניים-

הנני מפנה את \_\_\_\_\_ לטיפול שיננית.

ההפניה לשיננית אינה מאושרת, עקב \_\_\_\_\_