

**בקשה להחזר טיפולי שיניים- לחולים אונקולוגיים/כריתת לסת שלא טופלו במרפאות הסדר  
(יש להקפיד על מילוי הטופס בצורה ברורה ומלאה לצורך טיפול יעיל של הבקשה)**

1 פרטים אישיים												
תאריך			תעודת זהות				שם משפחה			שם פרטי		

2 פרטי הבקשה (למילוי על ידי הרופא המטפל)												
<p>מועד טיפול כימותרפי/הקרנתי אחרון: _____ מיקום המחלה: _____</p> <p>יש לצרף לבקשה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• לפני טיפול כימותרפי/ הקרנתי- מסמך מגורם רפואי על הכוונה להתחיל בטיפולים.</li> <li>• אחרי טיפול אונקולוגי/כריתת לסת- מסמך מגורם רפואי המעיד על קבלת הטיפולים בפועל.</li> <li>• תוכנית טיפולי השיניים, צילומי שיניים (במידה ובוצעו).</li> <li>• הצעת מחיר/קבלות מקור.</li> </ul> <p>המימון הוא עד לגובה תעריף מרפאות השיניים של הקופה. יש לשמור ולהעביר קבלות מקוריות בלבד.</p> <p><b>הזכאות להשתתפות הקופה: בכפוף לאישור מקצועי של יועץ הקופה בתחום.</b></p> <p>לידיעה:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. לפני תחילת הטיפול הכימותרפי/הקרנתי: הקופה משתתפת ב 50% מעלות התוכנית המאושרת.</li> <li>2. לאחר הטיפול הכימותרפי/הקרנתי: הזכאות עד לשנתיים מסיום הטיפול הכימותרפי/הקרנתי.</li> <li>3. לאחר טיפול קרנתי לאזור הראש צוואר: זכאי לטיפול משמר ומשקם בהתאם למפורט בטבלה ללא הגבלת זמן.</li> </ol>												
פרטי ממלא הטופס												
תאריך			מרכז רפואי				שם הרופא וחתימתו					

3 הערות												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• במקרה של כריתה באזור הלסתות או רקמות סמוכות קיימת זכאות לשיקום קבוע בעזרת כתר/ים/שתלים</li> <li>• הטופס ימולא ע"י רופא השיניים המטפל.</li> <li>• יש לצרף לטופס זה צילום אבחנתי לפני תחילת הטיפולים.</li> </ul>												

**פירוט הטיפולים (למילוי על ידי רופא השיניים המטפל)**

לסת עליונה																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
																כתר זמני
																מבנה ישיר במרפאה
																טיפול שורש
																סתימה
																עקירה
לסת תחתונה																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
																כתר זמני
																מבנה ישיר במרפאה
																טיפול שורש
																סתימה
																עקירה

ניקוי אבנית: \_\_\_\_\_  
 תותבת לסת עליונה/תחתונה: \_\_\_\_\_  
 טיפולים אחרים: \_\_\_\_\_

הנני מאשר שהטיפולים המדווחים בוצעו ומתועדים בתיק המטופל.  
 שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

**סוגי הטיפולים הנכללים בסל**

טיפולים משקמים	טיפולים משמרים
מבנים מיידים. תותבות חלקיות/ שלמות מאקריל. כתרי אקריל (כתרים זמניים- לא כולל כתרים קבועים).	בדיקה ותוכנית טיפול, כולל צילומים. סתימות. טיפולי שורש, כולל חידוש טיפול שורש. עקירות. ניקוי אבנית. לא כולל טיפולים משמרים כמכניים לטיפול משקם (כתרים ושתלים).