



הצהרה על ביצוע טיפולי שיניים לחולה אונקולוגי במרפאת שיניים פרטית/ציבורית

פרטי מקבל הטיפול:

שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות ס"ב
כתובת		

פרטי טיפולי השיניים אשר בוצעו למתרפא הנ"ל:

מספר השן	תיאור הטיפול	תאריך סיום הטיפול	מחיר	לשימוש פנימי

הערות

פרטי הרופא/מרפאה:

שם _____ מספר רשיון _____

כתובת המרפאה _____

הנני לאשר כי ביצעתי את הטיפולים הרשומים לעיל.

*חובה לצרף קבלות מקוריות

חתימה וחותמת הרופא/מרפאה

תאריך

הערה: עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שירותי בריאות כללית מאשרת טיפולי שיניים לחולים אונקולוגיים, טיפול משמר ומשקם בשרף לפי תעריפי "כללית סמייל".
טיפול שיניים משמר כולל: צילומים, עקירות סתימות, הסרת אבנית, טיפול שורש.
טיפול שיניים משקם כולל: תותבות, כתרים משרף (אקריל), מבנה המבוצע במרפאה.

לשימוש פנימי