



جامعة
الأميرة سمية
للتكنولوجيا
Princess Sumaya
University
for Technology

نموذج مطالبة لزيارات طبيب الأسنان

الرقم الوظيفي:	اسم الطبيب/مركز الأسنان:	
اسم الموظف:	هاتف الطبيب/مركز الأسنان:	
توقيع الموظف:	التاريخ:	/...../.....

لاستعمال طبيب الأسنان

الخدمة	تفاصيل الإجراء السن المُعالج	عدد الإجراءات	المبلغ	التوقيع
فحص الفم والأشعة				
فحص الفم كاملاً - الكشفية				
صوره شعاعية صغيره داخل الفم				
صورة بانوراما				
الحشوات				
حشوة فضية على سطح واحد من السن				
حشوة فضية على سطحين من السن				
حشوة فضية على ثلاث اسطح من السن				
حشوة كمبوزيت على سطح واحد من السن				
حشوة كمبوزيت على سطحين من السن				
حشوة كمبوزيت على ثلاث اسطح من السن				
حشوة زجاجية من مادة الايونيومر على سطح واحد من السن				
حشوة زجاجية من مادة الايونيومر على سطحين من السن				
حشوة زجاجية من مادة الايونيومر على ثلاث اسطح من السن				
دبوس معدني مثبت				
دعامة معدنية داخل قناة السن				
معالجة اللثة				
تقليل الرواسب الكسبية مع الصقل لكامل الفم				
تقليل عميق لما تحت اللثة مع التجريف اللثوي وصقل جذور الأسنان لمقطع من ستة أسنان/ بدون شريحة مفتوحة				
القلع				
القلع العادي				
القلع مع فصل الجذور				
قلع جذر متبقى مكسور للسن الواحد				
قلع جذر متبقى مكسور جراحياً مع قص العظم				
فتح خراج داخل الفم / تفجير وتصريف				
فتح خراج خارج الفم / تفجير وتصريف				
قلع ضرس مطمور بالأنسجة الرخوة				
قلع ضرس نصف مطمور بالعظم				
قلع ضرس مطمور كامل بالعظم				
فصل جذر جراحياً				
المعالجة اللبية				
المعالجة اللبية مع حشوة القناة لسن بقناة واحدة باستثناء الحشوة الدائمة للتاج				
المعالجة اللبية مع حشوة القناتين لسن بقناتين باستثناء الحشوة الدائمة للتاج				
المعالجة اللبية مع حشوة القنوات لسن بثلاث قنوات باستثناء الحشوة الدائمة للتاج				
إزالة كيس مخاطي				
المجموع				
(رقماً وكتابة)				

ملاحظات الطبيب المعالج:	
تاريخ المعالجة: من/...../..... إلى/...../.....	توقيع الطبيب والختم:
تدقيق المستشار الطبي:	