

**הסדר למתן טיפולי שיניים לתלמידי מערכת החינוך שפגעים בעקבות תאונות**

**חלק א' - אישור תלמיד למילוי ע"י המוסד החינוכי**

שם המוסד החינוכי	כתובת	טלפון	שם המאשר	תפקיד במוסד חינוכי
------------------	-------	-------	----------	--------------------

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	ת.לידה	כיתה	טלפון בבית	טלפון נייד
---------	----------	------	--------	------	------------	------------

הריני מאשר/ת בזאת כי התלמיד הנ"ל לומד במוסד חינוכי זה.  
\*ידוע לי כי חברת כלל בריאות שומרת לעצמה את הזכות לבדוק בכל עת באם היותו תלמיד במוסד החינוכי.

חתימת המוסד החינוכי + חותמת

תאריך

**חלק ב' - תאור המקרה - למילוי ע"י המוסד החינוכי או המלווה (בהתאם לשעת האירוע)**

שעת האירוע
תאור המקרה

חתימת המוסד החינוכי / המלווה\*  
\* במקרה והאירוע אירע מעבר לשעות פעילות המוסד החינוכי

תאריך

**חלק ג' - הצהרת המלווה - למילוי ע"י המלווה**

הריני מצהיר כי בני/ בתי \_\_\_\_\_ נחבל/ה בשיניו/ה בתאונה כמתואר בחלק ב' לעיל. ידוע לי כי אם יתברר כי עפ"י תנאי משרד החינוך אין הילד/ה זכאי/ת לכיסוי הטיפולים ו/או שהדרישה לטיפול איננה בגין אירוע תאונתי, תהיו רשאים לחייב אותי בעלויות הטיפולים כאמור.  
כמו כן ידוע לי כי טיפול זה ניתן כהטבה מטעם משרד החינוך עד גיל 18 או כל עוד המטופל הינו במסגרת מערכת החינוך בלבד (המאוחר מביניהם).

חתימת המלווה

תאריך

**חלק ד' - תכנית טיפול - למילוי ע"י הרופא**

שעת הגעה למרפאה: _____.

הריני מאשר/ת לפי מיטב הבנתי, אני נותן/ת את הסכמתי לטיפול ולתכנית הנ"ל, לרבות שינויים הדרושים או חיוניים למהלך הטיפול:

תאריך  
ידוע לי כי עפ"י הסדר משרד החינוך הטיפול הינו לתלמידי מערכת החינוך בלבד אשר נפגעו בעקבות תאונה למעט תאונות דרכים ופעולות איבה, כמו כן אין כיסוי לטיפולים הנובעים מפגיעה עששתית ו/או כל סיבה רפואית אחרת וכל זאת בכפוף להסכם שנחתם עם משרד החינוך.  
הריני לאשר כי התכנית והפרטים המופיעים בה נכונים ונמסרו למבוטח:

חתימת הרופא + חותמת

תאריך