

שם:  
 ת.ז.:  
 תאריך לידה:  
 תאריך:  
 מספר תיק:

במידה והילד סובל  
 מאלרגיה  
 חמורה/אלרגיות רבות  
 אין למרוח פלואוריד!

לא	כן	
0	2	א. בריאות הילד- האם הילד סובל ממחלות כרוניות? (או מחלות אם בהריון/לידה (טראומטית)
0	2	ב. תזונה (בקבוק עם שתיה מתוקה/תזונת לילה ללא הגבלה/חטיפים יותר מפעם ביום)
1	0	ג. הורים מצחצחים את שיניו?
0	3	ד. האם את רואה רובד או כתמים לבנים / חומים על שיניו
		סיכום ניקוד:

פעולה	ניקוד
הדרכה (כולל משחה מגיל שנתיים)	0-1
הדרכה (כולל משחה מגיל שנתיים) הנחת לכת פלואוריד כל 6 ח'	2-3
הדרכה (כולל משחה מגיל שנה) הנחת לכת פלואוריד כל 6 ח'	4-8