

ORAL EXAMINATION REPORT

(All sections must be completed)

Dear Dentist (เรียน ทันตแพทย์),

In order for the insured received dental benefits under policy, please fill in the result of dental examination.

Follow instruction as below: (เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยได้รับผลประโยชน์ทันตกรรมภายใต้กรมธรรม์ กรุณากรอกผลการตรวจทันตกรรม ตามคำแนะนำด้านล่างนี้)

Instruction (คำแนะนำ):

- The dental X-rays is required for dental examination (โปรดเอ็กซเรย์ฟันเพื่อประกอบการตรวจฟัน)
- Please specify name-surname of insured, examination date (โปรดระบุ ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย วันที่ตรวจ)
- Please record examination results (including dental X-rays) in the report form with symbols and colors. Refer to the attached example. (โปรดบันทึกผลการตรวจ (รวมถึงเอ็กซเรย์ฟัน) ในแบบฟอร์มรายงานโดยมีสัญลักษณ์และสี อ้างอิงตามตัวอย่างแนบท้าย)
- Please stamp hospital or clinic logo, name-surname of dentist and dentist license number. (โปรดประทับตราโรงพยาบาลหรือคลินิก ลงชื่อ-นามสกุลของทันตแพทย์ และเลขใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม)

SECTION A – PARTICULARS OF THE EXAMINEE

Name-Surname	Date of Birth (DD/MM/YY)	Sex
Examination Date (DD/MM/YY)	Policy No.	
If group insurance, name of the Policy Holder		

SECTION B – EXAMINING DENTIST'S REPORT

1. Please describe general condition of dentures (if any):																	
2. Other abnormalities or observations (please specify):																	
3. Diagrammatic Report on Oral Examination (as per symbols and colors overleaf)																	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

The company is very grateful to you for following the instructions as above.

(บริษัทฯ ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้น)

Name –Surname of Dentist: _____

Medical License No.: _____

Telephone No.: _____

กรุณาประทับตรา

โรงพยาบาลหรือคลินิก



OUR CONTACT
INFORMATION









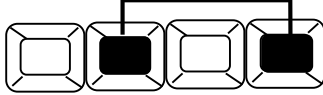
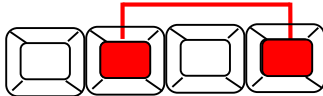

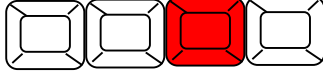

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21
ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL
152 Chartered Square Building 21st Floor,
Room 21-01, North Sathorn Road, Silom,
Bangrak, Bangkok 10500

Tax Number: 0107556000086
Tel: +662 401 9189
Fax: +662 401 9187
www.PacificCrossHealth.com

Examination Reporting Code:

1. Please record examination results (including dental X-rays) in the report form with symbols and colors.

Tooth previously extracted		RED
Tooth Now requiring extraction		RED
Previous filling – in sound condition		BLACK
Previous filling – now requires attention		RED
Cavity requiring filling		RED
Root abscesses		RED
Gingivitis		RED
Periodontitis		RED
Bridge (in sound condition)		BLACK
Bridge requiring attention		RED
Crown – in sound condition		BLACK
Crown – requiring attention		RED
Wisdom teeth impacted		RED

2. Please mark position of artificial teeth currently on dentures as per illustration:



BLACK

