

خدمات علاج الأسنان المجانية



برنامج فريق الابتسامة (Smile Squad) لعلاج الأسنان المجاني لطلاب المدارس.

سيوزر فريق الابتسامة (Smile Squad) مدرستك قريبًا.

إن برنامج حكومة ولاية فيكتورية لعلاج الأسنان مجاني لجميع طلاب المدارس الحكومية في الولاية. املاء الاستمارات ووقعها وأعد إرسالها إلينا لضمان استفادة أسرتك من الخدمات المقدمة.

يمكن لجميع الطلاب الحصول على:

- فحص مجاني للأسنان
- خدمات وقائية للحفاظ على صحة الأسنان
- علاج عام (إذا استدعت الحاجة)

إذا كنت تود الحصول على مزيد من المعلومات أو تحتاج إلى مساعدة في ملء الاستمارات، يمكنك التواصل معنا من خلال:

• البريد الإلكتروني: smilesquad@dhsv.org.au

• الهاتف: 1300 503 977

• الموقع الإلكتروني: www.health.vic.gov.au/smile-squad

يمكنك قراءة استمارة الموافقة مترجمة إلى
لغات أخرى



من خلال الرابط التالي: www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad، أو من خلال مسح رمز الاستجابة السريعة.
يُرجى تسليم النسخة الإنجليزية فقط.



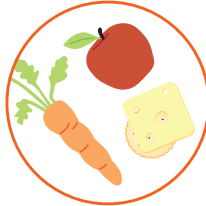
كل جيدًا، واشرب جيدًا، ونظف أسنانك جيدًا



نظف أسنانك
بالفرشاة صباحًا
ومساءً بمعجون
أسنان يحتوي على
الفلورايد



اشرب كمية كبيرة من
مياه الصنبور



تناول الأطعمة
الطازجة وقُلل من
الأطعمة والمشروبات
الغنية بالسكر
والحلويات

هل توجد تكاليف؟

لا، فهذه خدمة مجانية تقدّمها حكومة ولاية فيكتوريا.

الملاحظات

يسعدنا تلقي آرائكم وتعليقاتكم (الإيجابية منها والسلبية)
في أي وقت. يمكنكم إرسال الآراء والتعليقات عبر البريد الإلكتروني

smilesquad@dhsv.org.au

ما الذي يجب عليك فعله:

1 اقرأ كل المعلومات الواردة هنا

2 املاء جميع الاستمارات ووقعها باللغة الإنجليزية:

- استمارة الموافقة (p4)
- بيانات الطالب (p5)
- استمارة موافقة المريض على إرسال الفواتير لميديكير بموجب جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (اختيارية) (p6)
- التاريخ الطبي (p7)
- استبيان صحة الفم والأسنان (p8)

3 أرسل جميع الاستمارات إلى مدرستك في أسرع وقت ممكن.

4 احتفظ بجميع المعلومات الواردة هنا للاطلاع عليها وقت الحاجة.

يُرجى ملأ جميع الاستمارات باستخدام الأحرف الكبيرة
(BLOCK CAPITALS).

خدمات علاج الأسنان

يقدم فريق الابتسامة (Smile Squad) خدمات علاج الأسنان المجانية لطلاب المدارس الحكومية في ولاية فيكتوريا على أيدي اختصاصيين مؤهلين.

فحص الأسنان (فحص عام)

يتضمن فحص الأسنان العام فحص الأسنان واللثة والفكين والفم.

الفوائد: غالبية مشكلات الفم والأسنان لا تكون مؤلمة في المراحل المبكرة؛ ومن ثم، يعدّ الفحص المنتظم أفضل طريقة للكشف المبكر عنها. فبمجرد تحديد المشكلة، يمكننا التخطيط لمتابعة علاجها.

إذا قدمت موافقتك، يمكننا تقديم الخدمات التالية للطلاب حسب الحاجة:

الأشعة السينية للأسنان

تستخدم آلة الأشعة السينية الإشعاع لإنشاء صورة عما يحدث داخل الجسم.

نصوّر الأسنان بالأشعة السينية باستخدام فيلم صغير يوضع داخل الفم.

الفوائد: الأشعة السينية تُرينا أشياء لا يمكننا رؤيتها بالعين المجردة. فيمكن للأشعة السينية رصد التسوّس والالتهاب وغيرهما من المشكلات.

المخاطر: التصوير بالأشعة السينية آمن جدًا. عادةً ما نستخدم أشعة سينية ذات مستويات إشعاع أقل من تلك التي نتعرّض لها في أثناء الرحلات الجوية.

وضع ورنيش الفلورايد

يُعدّ ورنيش الفلورايد علاجًا وقائيًا، وهو يعطي أفضل النتائج إذا استُخدم كل ستة أشهر على الأقل.

ودهن ورنيش الفلورايد على الأسنان سهل للغاية وعادةً ما يستغرق بضع دقائق. يظل ورنيش ملتصقًا بالأسنان إلى أن تفرّشها.

الفوائد: الفلورايد من المعادن الشائعة التي تساعد على تقوية الأسنان ووقايتها من التسوّس. يُمكن لورنيش الفلورايد الوقاية من التسوّس وإبطاء معدل حدوثه.

المخاطر: في حالات نادرة، يعاني بعض الأشخاص حساسيةً من أحد مكونات ورنيش الفلورايد. قد لا يستطيع الطلاب المصابون بحساسية من القلّفونية/ صمغ الصنوبر، أو الكازاين (بروتين الحليب)، أو بالربو الحاد استخدام ورنيش الفلورايد.

مواد سدّ الشقوق

تستخدم هذه المواد لسدّ الفتحاح (الشقوق) الموجودة في الأسنان، وعادةً ما تستخدم في الضروس.

الفوائد: تسدّ هذه المواد شقوق الأسنان وتمنع الطعام والجراثيم من أن تعلق داخلها. وهذا بدوره يمنع حدوث التسوّس وانتشاره في تلك الشقوق.

تحتوي معظم مواد سدّ الشقوق على مادة الفلورايد، ولكنها تتآكل بمرور الوقت، وهكذا قد تحتاج إلى وضع طبقة إضافية أو استبدالها.

تنظيف الأسنان

قد تحتاج الأسنان إلى تنظيف إضافي عندما لا تتمكن فرشاة الأسنان من إزالة القلّح (الجير الصلب) أو البقع الصعبة.

الفوائد: يمكننا تقليل احتمال الإصابة بأمراض اللثة عن طريق إزالة القلّح المضّر باللثة.

متابعة العلاج

في حالة الحاجة إلى علاج إضافي، سيناقدش فريق الابتسامة (Smile Squad) الأمر ويطلب الموافقة عليه.

الأسئلة المتكررة

هل يجب على أولياء الأمور أو الأوصياء القانونيين أو مقدمي الرعاية حضور الموعد الطبي للطلاب؟

يمكن لأولياء الأمور أو الأوصياء القانونيين أو مقدمي الرعاية حضور الموعد الطبي إذا أرادوا ذلك، ولكن هذا ليس شرطًا.

يُرجى التواصل مع فريق الابتسامة (Smile Squad) وإبلاغنا برغبتكم في الحضور.

إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من العلاج، فقد نطلب من ولي الأمر أو الوصي القانوني أو الشخص القائم على رعاية الطالب الحضور إلى الموعد.

ماذا لو تلقى الطالب علاجًا للأسنان مؤخرًا؟

إذا كان الطالب قد زار عيادة الأسنان مؤخرًا، فلا مانع من أن يعاينه فريق الابتسامة (Smile Squad) مرة أخرى. وقد لا يحتاج إلى الأشعة السينية والخدمات الوقائية الأخرى.

ماذا لو كان الطالب غائبًا عن المدرسة في أثناء زيارة فريق الابتسامة

(Smile Squad)؟

إذا كان الطالب غائبًا عن المدرسة، فسنراه في يوم آخر أو يمكنه زيارتنا في أقرب وكالة طب أسنان مجتمعية. وستكون هذه الخدمات مجانية أيضًا.

يمكنك العثور على أقرب وكالة طب أسنان مجتمعية من خلال الرابط التالي:

www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

من الأشخاص الذين يمكنهم تقديم الموافقة؟

يمكن لأولياء الأمور أو الأوصياء القانونيين أو القائمين على رعاية الطالب أو القُصّر الناضجين إكمال هذه الاستمارات وتقديم الموافقة على الفحص.

لكي يُعتبر الطالب قاصرًا ناضجًا، يجب أن يكون الطبيب المعالج مقتنعًا بأنه يفهم المخاطر والمضاعفات المحتملة لحالته والمزايا المقدمة له والعلاج المقترح، بما يمكنه من تقديم موافقة مستنيرة.

ويمكن اعتبار الطالب قادرًا على اتخاذ القرار حول بعض علاجات الأسنان وليس البعض الآخر. وفي حالة عدم اعتبار الطبيب المعالج لطالب في المرحلة الثانوية قاصر ناضج، فسوف يطلب من ولي الأمر أو الوصي القانوني تقديم الموافقة.

يمكن للطلاب استخدام إعانة علاج الأسنان (CDBS) الخاصة بهم في:

- خدمات فريق الابتسامة (Smile Squad)
- عيادة عامة لطب الأسنان في ولاية فيكتوريا
- عيادة خاصة لطب الأسنان

سيستخدم فريق الابتسامة (Smile Squad) جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS) للطلاب المؤهلين.

حتى في حالة عدم التوقيع على استمارة الموافقة الخاصة بجدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS)، سيحصل كل الأطفال على رعاية طبية مجانية للأسنان من فريق الابتسامة (Smile Squad). **ولن نملك أية تكاليف.**

نحن نحثك على توقيع استمارة الموافقة على إرسال الفواتير لميديكير بموجب جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال، لتمكين فريق الابتسامة (Smile Squad) من مطالبة برنامج التأمين الطبي لميديكير Medicare بالتكاليف. وهذا يمكننا من تقديم علاج الأسنان للمزيد من سكان ولاية فيكتوريا.

جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS)

قد يكون بعض الطلاب مؤهلين للاستفادة من جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS) المقدم من الحكومة الأسترالية من خلال برنامج التأمين الطبي لميديكير Medicare.

تسمح الحكومة الأسترالية لنا بتقديم طلب للحصول على خدمات علاج الأسنان بالنيابة عنك إذا وقَّعت على استمارة الموافقة الخاص بجدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS).

ما هو جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS)؟

جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS) هو أحد برامج التأمين الطبي لميديكير Medicare، وهو يقدم خدمات علاج الأسنان الأساسية للأطفال المؤهلين من سن 0 إلى 17 سنة على مدار سنتين.

تكلفة إرسال الفواتير لميديكير للأغراض المرجعية

نقدم لك هذه المعلومات بناءً على طلب برنامج التأمين الطبي لميديكير Medicare. إذا كنت تستخدم جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال (CDBS)، فسوف تُخصم هذه المبالغ من تغطيتك التأمينية:

الخدمة	رسوم الفواتير التي تُرسل لميديكير بموجب جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال	المبلغ الذي ستدفعه
فحص الأسنان (فحص عام)	59.60 دولار	0.00 دولار
الأشعة السينية للأسنان (عند الحاجة)	34.50 دولار لصورة الأشعة السينية الواحدة	0.00 دولار
مواد سدّ الشقوق (عند الحاجة)	52.15 دولار (على الأكثر) للسِّن الواحدة	0.00 دولار
تنظيف الأسنان (عند الحاجة)	101.55 دولار (على الأكثر) حسب درجة التنظيف اللازمة	0.00 دولار
وضع ورنيش الفلورايد على جميع الأسنان (عند الحاجة)	39.15 دولار للمرة الواحدة (بحدّ أقصى مرتين خلال فترة 12 شهراً)	0.00 دولار

يمكنكم قراءة بيان الخصوصية كاملاً من خلال الرابط التالي

www.dhsv.org.au/privacy أو مسح رمز الاستجابة السريعة أدناه:



الحقوق والمسؤوليات

توجد نسخة من حقوق الرعاية الصحية على الموقع الإلكتروني للجنة الأسترالية للسلامة والجودة في مجال الرعاية الصحية.

الخصوصية

تقدّم لكم وكالة خدمات طب الأسنان في ولاية فيكتوريا (DHSV) برنامج فريق الابتسامة (Smile Squad) بالتعاون مع وكالات طب الأسنان المجتمعية. والوكالة هي المسؤولة عن الوثائق الخاصة بالمرضى، وهي تحترم خصوصيتكم وتلتزم بحماية بياناتكم. وسوف نتعامل مع البيانات وفقاً للمنصوص عليه في قانون السجلات الطبية وقانون حماية البيانات والخصوصية.

في حالات مُعيّنة، نجمع البيانات والملاحظات لأغراض بحثية خاصة بفريق الابتسامة (Smile Squad) ولأغراض تقييمية تهدف إلى تحسين خدماتنا. وعندئذٍ، سنلتزم بإخفاء هويتك.

وسوف نحتاج إلى مشاركة هذه المعلومات مجهولة الهوية مع وكالات حكومية مثل وكالة خدمات طب الأسنان في ولاية فيكتوريا (DHSV)، ووزارة التعليم، ووزارة الصحة. وسيكون الهدف من ذلك هو أن نكتسب معًا معرفة أكثر عن صحة الفم والأسنان لجميع طلاب المدارس في ولاية فيكتوريا. وسنزيل أي معلومات تكشف عن هوية الطالب.

وَقّع على استمارة الموافقة هذه للمشاركة في برنامج فريق الابتسامة (Smile Squad)

اسم المدرسة: _____ الصف الدراسي / الفصل (مثلاً: 2B): _____

اسم الطالب كاملاً: _____ تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____

أوافق على مشاركة الطالب المذكور أعلاه في برنامج فريق الابتسامة (Smile Squad) لعلاج الأسنان لطلاب المدارس.

أوافق على حصول الطالب على الخدمات التالية:

فحص الأسنان (فحص عام) ☐ نعم ☐ لا

ملاحظة: لا بد من الإجابة بـ "نعم" أولاً على فحص الأسنان للاستفادة من تقديم أي خدمة أخرى.

الأشعة السينية للأسنان (عند الحاجة) ☐ نعم ☐ لا مواد سدّ الشقوق (عند الحاجة) ☐ نعم ☐ لا

وضع ورنيش الفلورايد (عند الحاجة) ☐ نعم ☐ لا تنظيف الأسنان (عند الحاجة) ☐ نعم ☐ لا

نحن ندرّب الجيل القادم من الاختصاصيين في مجال صحة الفم والأسنان. لذا، قد يتم فحص الطالب من قبل طالب يدرس طب الأسنان/صحة الفم يعمل تحت إشراف أحد الأطباء المؤهلين في فريق الابتسامة (Smile Squad).

هل توافق على فحص الطالب من قبل طالب يدرس طب الأسنان/ صحة الفم؟ ☐ نعم ☐ لا

أوافق على أنني، على حد علمي، قد زوّدتُ فريق الابتسامة (Smile Squad) بكل المعلومات الصحية والشخصية المناسبة المطلوبة لتقديم الرعاية الملائمة.

تعني موافقتي أنني قرأت استمارة الموافقة هذه وجميع المعلومات الواردة في هذه الحزمة.

ولدي معلومات كافية لفهم ما يأتي:

خدمات علاج الأسنان

أفهم أنواع خدمات علاج الأسنان التي يقدمها برنامج فريق الابتسامة (Smile Squad)، بما في ذلك الفوائد والمخاطر المتعلقة بها، وأين ستُقدّم هذه الخدمات، ومن سيقدمها. جميع الخدمات المقدمة مجانية.

رعاية ما بعد تلقي خدمات علاج الأسنان

أفهم أنه قد يتصل أحد أطباء برنامج فريق الابتسامة (Smile Squad) أو موظفي المدرسة بولي الأمر أو الوصي القانوني أو مقدم الرعاية إذا شعر الطالب بتوجّع في المدرسة بعد تلقي خدمات الأسنان، أو إذا احتاج إلى رعاية إضافية لا يمكن التعامل معها في المدرسة.

الخصوصية

لقد قرأت معلومات الخصوصية الواردة في هذه الحزمة وفهمتها وأدرك كيفية إدارة البرنامج لمعلومات الرعاية الصحية المتعلقة بالطالب.

توقيع ولي الأمر/ الوصي/ الطالب*: _____

الاسم الكامل لولي الأمر/ الوصي/ الطالب*: _____

التاريخ: ____ / ____ / ____

* يمكن للطلاب الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر، وأولئك الذين يُعتبروا "قُصّر ناضجين" تقديم الموافقة بأنفسهم للحصول على خدمات طب الأسنان. وهذه الموافقة صالحة لمدة 12 شهرًا من تاريخ التوقيع.

اسم المدرسة: _____ الصف الدراسي / الفصل (مثلاً: 2B): _____

بيانات الطالب

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____

النوع: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ أخرى، يُرجى التحديد تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____

ما الضمائر الشخصية التي يفضل الطالب الإشارة إليه بها؟ (اختياري) _____

العنوان: _____

الضاحية: _____ الرمز البريدي: _____

إذا كنت طالبًا وتقدم الموافقة بنفسك، فيرجى ذكر:

رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

بيانات ولي الأمر / وصي إضافي (اختياري)

بيانات ولي الأمر / الوصي

الاسم الأول: _____ الاسم الأول: _____

اسم العائلة: _____ اسم العائلة: _____

علاقته بالطالب: _____ علاقته بالطالب: _____

رقم الهاتف: _____ رقم الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____ البريد الإلكتروني: _____

هل الطالب لاجئ أو طالب لجوء؟

☐ لا، ليس لاجئًا أو طالب لجوء

☐ لاجئ

☐ طالب لجوء

☐ أفضل ألا أجيب

هل الطالب من السكان الأصليين أو من جزر مضيق توريس؟

☐ لا، ليس من السكان الأصليين أو من جزر مضيق توريس

☐ من السكان الأصليين

☐ من جزر مضيق توريس

☐ من السكان الأصليين وجزر مضيق توريس

☐ أفضل ألا أجيب

هل توجد حاجة إلى مترجم؟ ☐ نعم ☐ لا

اللغة المفضلة: _____

هل وُلِد الطالب في أستراليا؟ ☐ نعم ☐ لا، ما دولة ميلاد الطالب؟ _____

إذا لم يكن لدى الطالب بطاقة ميديكير Medicare، فيرجى ترك هذا القسم فارغًا.

رقم بطاقة ميديكير Medicare الخاصة بالطالب: _____

الرقم المرجعي الفردي: _____

تاريخ انتهاء الصلاحية: _____



وَقَّعْ على استمارة الموافقة على إرسال الفواتير لميديكير بموجب جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال، لتمكين فريق الابتسامة (Smile Squad) من مطالبة برنامج التأمين الطبي ميديكير Medicare بالتكاليف.



Australian Government
Department of Health

استمارة إقرار المريض بالموافقة على إرسال الفواتير لميديكير بموجب جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال

أقرُّ أنا، المريض/الوصي القانوني، بأنه قد تم إبلاغي بكل مما يأتي:

- العلاج الذي تم أو سيتم تقديمه اعتبارًا من هذا التاريخ بموجب جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال.
- التكلفة المحتملة لهذا العلاج.
- أنه ستم محاسبتي بطريقة "الفواتير المجمعة" بموجب جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال ولن أنكبد تكاليف مقابل هذه الخدمات، بشرط توافر الأموال الكافية بموجب سقف الاستحقاقات.

أفهم أنني أنا/المريض سوف يكون لي/له حق الحصول على إعانات علاج الأسنان حتى الحد الأقصى لسقف الاستحقاقات فقط.

أدرك أن الإعانات المخصصة لبعض الخدمات قد يكون لها قيود وأن جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال يغطي نطاقًا محدودًا من الخدمات. وأدرك أنني سأحتاج شخصياً إلى تغطية تكاليف أي خدمات لا يغطيها جدول إعانات علاج الأسنان للأطفال.

أفهم أن تكلفة الخدمات ستقلل من سقف الاستحقاقات المتاحة وأني سأحتاج شخصياً إلى تحمل تكاليف أي خدمات إضافية بمجرد استنفاد الاستحقاقات.

الرقم المرجعي #

توقيع المريض/الوصي القانوني

رقم Medicare الخاص بالمريض

اسم الشخص الموقع بالكامل
(إن لم يكن الموقع هو المريض نفسه)

الاسم الكامل للمريض

التاريخ

هذه الاستمارة صالحة حتى يوم 31 ديسمبر/كانون الأول من السنة التقويمية التي تم التوقيع فيها.

هل يعاني الطالب أيّ حساسية معروفة.

- ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم:
 ☐ حساسية من مضادات حيوية ☐ حساسية من الكازاين (بروتين الحليب) ☐ حساسية من القلْفونية/ صمغ الصنوبر ☐ حساسية من أطعمة مُعَيَّنة
- ☐ حساسية من مادة اللاتكس المطاطية أو الأشرطة اللاصقة ☐ حساسية من أدوية أخرى. ☐ أخرى

هل يأخذ الطالب أي أدوية حاليًا؟

- ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى كتابة أسماء الأدوية وجرعاتها وكم مرة يأخذها

هل يعاني الطالب أيّ مشكلات صحية في الرئة؟

- ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم:
 ☐ الربو ☐ إذا خضع الطالب لعلاج في المستشفى، اذكر الشهر والسنة
- ☐ مرض رئوي ☐ الدرن (الشّل) ☐ أخرى

هل يعاني الطالب أيّ مشكلات صحية في القلب (الأمراض القلبية الوعائية)؟

- ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم:
 ☐ عيب في القلب ☐ جراحة في القلب ☐ روماتيزم القلب
- ☐ ضغط الدم المنخفض أو المرتفع ☐ نزيف مفرط أو أحد أمراض الدم ☐ أخرى

هل يعاني الطالب أيّ مشكلات حسية أو إدراكية أو لديه احتياجات خاصة (إعاقة)؟

- ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم:
 ☐ القلق أو الاكتئاب ☐ اضطرابات نقص الانتباه ☐ اضطراب طيف التوحد ☐ إعاقة جسدية (تتضمن الحاجة إلى استخدام مقعد مدولب)
- ☐ إعاقة ذهنية ☐ إعاقة في الإبصار أو السمع ☐ أخرى

هل يعاني الطالب أيّ مشكلات صحية أو طبية أخرى؟

- ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم:
 ☐ داء السكري من النوع الأول ☐ داء السكري من النوع الثاني ☐ مرض السرطان ☐ حالة مرضية مزمنة (مثل: السكتة الدماغية أو التهاب المفاصل)
- ☐ أمراض الكلى ☐ أمراض الكبد ☐ التشنجات والصرع ☐ عمليات جراحية أخرى (مثل الخضوع لزراعة أو تركيب مفصل اصطناعي).
- ☐ أخرى

هل يُمكن أن تكون الطالبة حامل؟

- ☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبق

هل يستخدم الطالب سجائر التبغ (التدخين) أو السجائر الإلكترونية؟

- ☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبق
 ☐ إذا كانت الإجابة نعم:
 ☐ التدخين ☐ تدخين السجائر الإلكترونية ☐ أخرى

هل يتناول الطالب المشروبات الكحولية؟

- ☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبق

إذا كانت إجابتك على أحد الأسئلة السابقة "أخرى"، يُرجى التوضيح.

نطرح عليك الأسئلة التالية لمساعدتنا على فهم حالة الطالب بشكل أفضل وبالتالي تصميم أفضل خطة تناسب احتياجاته.

هل يعاني الطالب ألمًا في فمه (مثلًا يواجه مشكلة في النوم بسبب مشكلة في الأسنان)؟	☐ نعم	☐ لا
هل يواجه الطالب صعوبة في تناول الطعام أو الشرب بسبب مشكلة في الفم أو الأسنان؟	☐ نعم	☐ لا
هل يواجه الطالب صعوبة في الكلام بوضوح بسبب مشكلة في الفم أو الأسنان؟	☐ نعم	☐ لا
هل تعيَّب الطالب عن المدرسة أو أنشطة أخرى بسبب مشكلة في الفم أو الأسنان؟	☐ نعم	☐ لا
هل يتجنب الطالب الابتسام أو الضحك أو إظهار أسنانه بين زملائه بسبب مشكلة في الفم أو الأسنان؟	☐ نعم	☐ لا
هل تم فحص أسنان الطالب من قبل؟	☐ نعم	☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، اذكر التاريخ إن كنت تعرفه.

هل تمَّ حشو أو خلع أسنان الطالب بسبب التسوس خلال السنوات الثلاث الماضية؟	☐ نعم	☐ لا	☐ لست متأكدًا	
بأي وتيرة يتناول الطالب المشروبات المحلاة بالسكر مثل عصير الفواكه أو المشروبات الغازية أو العصائر المركزة؟	☐ أكثر من ثلاث مرات يوميًا	☐ مرة أو مرتين يوميًا	☐ مرات قليلة أسبوعيًا	☐ لا يتناولها على الإطلاق تقريبًا

كم مرة ينظف الطالب أسنانه بمعجون الأسنان والفرشاة؟	☐ مرة يوميًا (صباحًا)	☐ مرة يوميًا (مساءً)	☐ مرتين يوميًا	☐ أقل من مرة يوميًا	☐ أكثر من مرتين يوميًا
--	--	---	---------------------------------------	--	---

هل يعاني الطالب أية مخاوف أو حساسيات، أو لديه تجارب سلبية خلال زيارات طبيب الأسنان السابقة أو بعدها يجب أن نعرفها؟	☐ نعم	☐ لا
--	------------------------------	-----------------------------

هل يستعين الطالب بأي استراتيجيات أو وسائل دعم لتهديته؛ مثل لعبته المفضلة أو تطبيق آيفون أو كتاب؟	☐ نعم	☐ لا
--	------------------------------	-----------------------------

(إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى توضيح التفاصيل أدناه، وإحضار وسيلة الدعم في أثناء الزيارة التالية)

هل يعاني أي فرد من أفراد الأسرة أو أي شخص يعيش مع الطالب في المنزل نفسه من مشكلات كبيرة في الأسنان و/أو اللثة؟	☐ نعم	☐ لا	☐ لست متأكدًا
--	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

هل هناك أي شيء آخر تود أن نعرفه قبل أن نفحص أسنان الطالب وفمه؟	☐ نعم	☐ لا
--	------------------------------	-----------------------------

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى توضيح التفاصيل أدناه.