

مراقبت رایگان دندان



Smile Squad یک پروگرام رایگان مراقبت دندان مکتب است

Smile Squad به زودی از مکتب تان بازدید خواهد کرد.

پروگرام مراقبت دندان مکتب دولت ویکتوریا برای همه شاگردان مکاتب دولتی ویکتوریا رایگان است. این بسته را امضا کرده و برگردانید تا مطمئن شوید خانواده شما این فرصت را از دست ندهند.

همه شاگردان می توانند این خدمات را دریافت کنند:

- یک معاینه رایگان مراقبت دندان
- خدمات پیشگیرانه برای حفظ صحت دندان ها
- معالجه عمومی (در صورت نیاز)

برای کسب معلومات بیشتر یا در صورت نیاز به کمک در تکمیل فرمه ها:

- ایمیل کنید: smilesquad@dhsv.org.au
- تلفون کنید: 1300 503 977
- به وبسایت مراجعه کنید: www.health.vic.gov.au/smile-squad

آنچه باید انجام دهید:

1 تمام معلومات این بسته را بخوانید.

2 تمام فرمه ها را به لسان انگلیسی تکمیل نموده و امضا کنید:

- فرمه رضایت (p4)
- مشخصات شاگرد (p5)
- جدول مزایای مراقبت دندان طفل، رضایت مریض با پلک-پل (اختیاری) (p6)
- سابقه طبی (p7)
- سوالنامه صحت دهان و دندان (p8)

3 به زودترین فرصت فرمه ها را به مکتب خود برگردانید.

4 تمام معلومات دیگر در این بسته را برای مرجع پیش خود نگه دارید.

لطفاً با استفاده از حروف بزرگ این فرمه ها را تکمیل کنید.

فرمه رضایت برای خواندن به لسان های دیگر موجود است.

از: www.health.vic.gov.au/smile-squad/

providing-consent-for-smile-squad

کنید یا کد QR را اسکن کنید تا فرمه های ترجمه شده را بیابید.

لطفاً فقط نسخه انگلیسی را روان کنید.



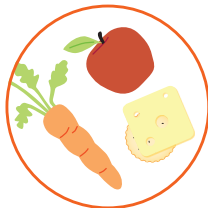
خوب بخورید، خوب بنوشید، خوب نظافت کنید



صبح و شب با کریم دندان حاوی فلوراید برس کنید



آب تل فراوان بنوشید



غذاهای تازه انتخاب کنید و غذاهای شیرین، نوشیدنی ها و شیرینی ها را محدود کنید

آیا مصارفی دارد؟

نخیر. این خدمات رایگان برای تمام شاگردان است که توسط حکومت ویکتوریا ارائه می شود.

اظهارنظر

لطفاً در هر زمان به ما بگویید چه فکر می کنید (خوب یا بد). می توانید اظهارنظر خود را به smilesquad@dhsv.org.au ایمیل کنید

خدمات تداوی دندان

Smile Squad خدمات مراقبت دندان رایگان را به شاگردان مکاتب دولتی ویکتوریا توسط متخصصان واجد شرایط ارائه می دهد.

معاینه دندان (چک آپ)

معاینه دندان شامل معاینه دندان ها، بیره ها، الاشه و دهان است.

مزایا: بیشتر بیماریهای دهان/مشکلات دندان در مراحل اولیه باعث ایجاد درد نمی شوند. معاینات منظم بهترین راه برای یافتن زود هنگام مشکلات است. هنگامی که مشکلات را شناسایی کردیم، می توانیم برای معالجه بعدی پلانگذاری کنیم.

اگر رضایت بدهید، ممکن است خدمات زیر در صورتی که به نفع شاگرد باشد ارائه شود:

ایکسری از دندان

یک ماشین ایکسری از اشعه برای ایجاد تصویری از آنچه در داخل بدن اتفاق می افتد استفاده می کند.

ما با استفاده از یک فیلم کوچک که در داخل دهان قرار می گیرد، از دندان ها عکس می گیریم.

مزایا: ایکسری معلوماتی در مورد دندان ها را که با چشم غیر مسلح دیده نمی شوند به ما می دهد. ایکسری می تواند پوسیدگی، عفونت و سایر مشکلات را شناسایی کند.

ریسک ها: ایکسری دندان بسیار ایمن است. ایکسری که معمولاً ما انجام می دهیم تشعشع کمتری نسبت به پرواز با یک طیاره دارد.

تطبیق لعاب فلوراید

لعاب فلوراید یک معالجه پیشگیرانه است که اگر حداقل هر شش ماه یکبار استفاده شود بهترین تاثیر را دارد.

کشیدن لعاب فلوراید روی دندان بسیار آسان است و معمولاً چند دقیقه وقت می گیرد. این لعاب تا زمانی که آنها را برس بزنید به دندان ها می چسبد.

فواید: فلوراید یک ماده معدنی معمول است که به ساخت دندان های قوی کمک می کند و از پوسیدگی دندان جلوگیری می کند. لعاب فلوراید می تواند از شروع پوسیدگی جلوگیری کند و سرعت پوسیدگی را کاهش دهد.

ریسک ها: اگرچه نادر است، اما بعضی اشخاص به یکی از اجزای لعاب فلوراید حساسیت دارند. شاگردانی که به colophony/rosin، یا casein (پروتئین شیر) حساسیت دارند یا نفس تنگی (آسمای) شدید دارند ممکن است نتوانند از لعاب فلوراید استفاده کنند.

پرکننده شکاف ها (Fissure sealants)

پرکننده ها پوششی هستند که بر روی چقری ها (شکاف) دندان ها نقاشی می شود. معمولاً روی دندان های تخت (مولار) قرار می گیرند.

فواید: پرکننده ها چقری های دندان را می پوشانند و از بند ماندن غذا و میکروب ها جلوگیری می کنند. این کار از شروع پوسیدگی و گسترش آن در چقری ها جلوگیری می کند.

بیشتر مواد پرکننده حاوی فلوراید هستند. پرکننده ها ممکن است به مرور زمان فرسوده شوند و ممکن است نیاز به استفاده مجدد یا تعویض داشته باشند.

پاک کردن دندان ها

زمانی که برس کردن نتواند رسوب ها (مگ های سخت) یا لکه های سخت را از بین ببرد، ممکن است دندان ها به پاک کردن اضافی ضرورت داشته باشند.

فواید: ما می توانیم با از بین بردن مگ های سنگی که می تواند بیره ها را تحریک کند، خطر ابتلا به بیماری بیره را کاهش دهیم.

معالجه پیگیری

اگر نیاز به معالجه اضافی باشد، Smile Squad در این مورد بحث کرده و رضایت تان را نیاز دارد.

سوالات متداول

آیا والدین، سرپرستان قانونی یا مراقبین نیاز به حضور در وعده ملاقات شاگرد دارند؟

در صورت تمایل والدین، سرپرستان قانونی یا مراقبت کنندگان می توانند در این جلسه شرکت کنند، اما این یک الزام نیست.

لطفاً با Smile Squad تماس بگیرید تا در صورت تمایل به شرکت به ما اطلاع دهید.

اگر ضرورت به تداوی بیشتری باشد، ما ممکن است از والدین، سرپرست قانونی یا مراقبت کننده بخواهیم که در قرار ملاقات حاضر شوند.

اگر شاگردی اخیراً تداوی دندان داشته است چه؟

اگر شاگردی اخیراً به داکتر دندان مراجعه کرده است، می تواند دوباره توسط Smile Squad معاینه شود. وی ممکن است ضرورتی به ایکسری و سایر خدمات پیشگیرانه نداشته باشد.

اگر شاگردی در وقت بازدید Smile Squad در مکتب حاضر نباشد چه؟

اگر شاگردی در مکتب حاضر نباشد، یک روز دیگر او را خواهیم دید یا وی می تواند در یک کلینیک مراقبت دندان محلی شان به ما مراجعه کند. این خدمات هنوز رایگان هستند.

نزدیکترین کلینیک مراقبت دندان محلی خود را در: www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search بیابید

چه کسی می تواند رضایت دهد؟

والدین، سرپرست قانونی یا خردسالان بالغ می توانند این فرمه ها را تکمیل کرده و رضایت خود را ارائه دهند.

برای اینکه به عنوان یک خردسال بالغ در نظر گرفته شوید، داکتر باید متقاعد شود که شاگرد از ریسک ها، مزایا، و عوارض احتمالی تکلیفی خود و معالجه پیشنهادی برای رضایت آگاهانه درک کافی دارد.

ممکن است شاگرد در نظر گرفته شود که توانمندی گرفتن بعضی از تصمیمات تداوی دندان را دارد اما بعضی دیگر را نه. در صورتی که یک شاگرد دوره لیسه توسط داکتر به عنوان یک خردسال بالغ در نظر گرفته نشود، از والدین یا سرپرست قانونی اش رضایت گرفته می شود.

شاگردان می توانند از CDBS خود برای مقاصد زیر استفاده کنند:

- برای خدمات Smile Squad
- در یک کلینیک عمومی مراقبت دندان ویکتوریا
- در یک کلینیک خصوصی مراقبت دندان

Smile Squad از CDBS برای شاگردان واجد شرایط استفاده خواهد کرد.

حتی اگر فرمه رضایت CDBS را امضا نکنید، باز هم هر شاگرد از Smile Squad مراقبت های دندان رایگان دریافت می کند. هیچ مصارفی برای شما نخواهد داشت.

ما شما را تشویق می کنیم که فرمه رضایت CDBS بِلک-بِل (bulk-billing) را امضا کنید تا به Smile Squad اجازه دهید مصارف تحت مدیکر را مطالبه کند. این به ما کمک می کند تا مراقبت های دندان را به ویکتوریایی های بیشتری ارائه دهیم.

پروگرام مزایای مراقبت دندان طفل (CDBS)

بعضی از شاگردان ممکن است واجد شرایط پروگرام مزایای مراقبت دندان اطفال دولت استرالیا (CDBS) از طریق Medicare باشند.

اگر فرمه رضایت CDBS را امضا کنید، دولت استرالیا به ما اجازه می دهد که از طرف شما برای این مراقبت های دندان مطالبه مصارف را داشته باشیم.

پروگرام مزایای مراقبت دندان طفل (CDBS) چیست؟

CDBS یک پروگرام مدیکر است که مراقبت های دندان اولیه 0 تا 17 ساله واجد شرایط را در یک دوره دو ساله ارائه می دهد.

مصارف بِلک-بِل برای مرجع

مدیکر از ما می خواهد که این معلومات را در اختیار شما قرار دهیم. اگر از CDBS استفاده می کنید، این مبلغ از سقف مزایای CDBS شما برداشته می شود:

خدمات	فیس بِلک-بِل شده CDBS	چقدر شما می پردازید
معاینه دندان (چک آپ)	59.60 دلار	0.00 دلار
ایکسری از دندان (در صورت ضرورت)	34.50 دلار برای هر ایکسری	0.00 دلار
پرکننده شکاف ها (Fissure sealants)	52.15 دلار (حداکثر) برای هر دندان	0.00 دلار
پاک کردن دندان (در صورت ضرورت)	101.55 دلار (حداکثر) بسته به سطح پاک کردن مورد نیاز	0.00 دلار
مالیدن لعاب فلوراید به روی تمام دندانها (در صورت ضرورت)	39.15 دلار برای هر بار مالیدن لعاب (حداکثر دو بار در 12 ماه)	0.00 دلار

حریم خصوصی

برای خواندن بیانیه حریم خصوصی کامل DHSV به

www.dhsv.org.au/privacy مراجعه کنید یا کد

QR زیر را اسکن کنید:



حقوق و مسئولیت ها

یک کپی از حقوق مراقبت های صحتی شما در وبسایت کمیسیون استرالیا در مورد ایمنی و کیفیت مراقبت های صحتی موجود است.

خدمات صحت دندان ویکتوریا Smile Squad (DHSV) را با همکاری سازمان های مراقبت دندان اجتماعی ارائه می دهد. DHSV مسئول مستندسازی مریضان Smile Squad است. DHSV به حریم خصوصی شما احترام می گذارد و متعهد به محافظت از معلومات شماست. ما معلومات شما را بر اساس قانون سوابق صحتی و قانون حفاظت از حریم خصوصی و معلومات مدیریت خواهیم کرد.

در زمان های خاص، ما معلومات و اظهارنظرها را برای اهداف تحقیق و ارزیابی Smile Squad و بهبود خدمات خود جمع آوری می کنیم. برای این کار هویت شما را ناشناس نگه می داریم.

ما باید معلومات ناشناس را بین سازمان های دولتی مانند DHSV، وزارت معارف و وزارت صحت عامه به اشتراک بگذاریم. ما این کار را انجام می دهیم تا بتوانیم با هم در مورد صحت دهان و دندان تمام شاگردان مکتب در ویکتوریا بیاموزیم. ما هرگونه معلومات شناسایی کننده را جدا خواهیم کرد.

نام مکتب: _____ کلاس/صنف درسی (منحیث مثال 2B): _____

نام کامل شاگرد: _____ تاریخ تولد شاگرد: ____ / ____ / ____

من رضایت شاگرد نامبرده فوق را می دهم تا در پروگرام مراقبت دندان Smile Squad مکتب شرکت کند.

من رضایت می دهم که شاگرد خدمات زیر را دریافت کند:

معاینه مراقبت دندان (چک آپ) ☐ بله ☐ نه

توجه: قبل از ارائه هر گونه خدمات دیگری باید به معاینه مراقبت دندان بله بگویید.

ایکسری دندان (در صورت نیاز) ☐ بله ☐ نه

لعاب فلوراید (در صورت نیاز) ☐ بله ☐ نه

پرکننده شکاف ها (در صورت نیاز) ☐ بله ☐ نه

پاک کردن دندان (در صورت نیاز) ☐ بله ☐ نه

ما نسل بعدی متخصصان صحت دهان و دندان را آموزش می دهیم. شاگردان را ممکن است یک محصل صحت دهان و دندان که تحت نظارت یک داکتر متخصص Smile Squad کار میکند، معاینه کند.

آیا رضایت می دهید که شاگرد توسط یک محصل طب دهان/دندان معاینه شود؟ ☐ بله ☐ نه

من موافقم که تا جایی که می دانم، تمام معلومات صحت و شخصی مربوطه را که برای ارائه مراقبت های مناسب لازم است، به Smile Squad ارائه کرده ام.

در دادن رضایت، موافقت می کنم که این فرمه رضایت و معلومات موجود در این بسته را مطالعه کرده ام.

من معلومات کافی دارم که موارد زیر را درک کنم.

خدمات تداوی دندان

من از انواع خدمات مراقبت دندان ارائه شده توسط Smile Squad، از جمله مزایا و ریسک های موجود، محل انجام خدمات و ارائه آن ها مطلع هستم. تمامی خدمات ارائه شده رایگان است.

مراقبت بعد از خدمات تداوی دندان

می دانم که اگر شاگردی پس از دریافت خدمات مراقبت دندان در مکتب مریض شود، یا اگر به مراقبت های اضافی نیاز داشته باشد که در مکتب قابل مدیریت نباشد، داکتر یا کارمندان مکتب، Smile Squad ممکن است با والدین، سرپرست قانونی یا مراقب تماس بگیرند.

حریم خصوصی

من معلومات حریم خصوصی در این بسته را خوانده و درک کرده ام و تایید می کنم که چگونه این پروگرام معلومات مراقبت های صحت شاگردان را مدیریت می کند.

امضای والدین/سرپرست/شاگرد: _____

نام کامل والدین/سرپرست/شاگرد: _____ تاریخ: ____ / ____ / ____

* شاگردان 18 ساله و بالاتر و کسانی که به منظور دسترسی به خدمات مراقبت دندان طفل زیر سن قانونی بالغ محسوب می شوند، می توانند از جانب خود رضایت دهند. این موافقتنامه به مدت 12 ماه از تاریخ امضای آن معتبر است.

نام مکتب: _____ کلاس / صنف درسی (منحیث مثال 2B): _____

مشخصات شاگرد

نام: _____ نام خانوادگی: _____

جنسیت: ☐ مذکر ☐ مونث ☐ ، لطفاً مشخص کنید تاریخ تولد: ____ / ____ / ____

ضمایر شخصی ترجیحی شاگرد کدامند؟ (اختیاری) _____

آدرس: _____

منطقه مسکونی (سابرب): _____ کد پستی: _____

اگر شاگردی هستید که از جانب خود رضایت می دهید، لطفاً موارد زیر را شامل سازید:

شماره تلفن: _____ ایمیل: _____

جزئیات والدین/سرپرست

نام اول: _____ نام اول: _____

نام خانوادگی: _____ نام خانوادگی: _____

ارتباط با شاگرد: _____ ارتباط با شاگرد: _____

شماره تلفن: _____ شماره تلفن: _____

ایمیل: _____ ایمیل: _____

آیا شاگرد پناهجو یا پناهنده است؟

☐ نه، نه پناهجو و نه پناهنده

☐ بومی

☐ جزیره نشین تنگه تورس

☐ ترجیح می دهم نگویم

آیا شاگرد از بومی یا از اهالی جزیره تنگه تورس است؟

☐ نه، نه بومی و نه جزیره نشین تنگه تورس

☐ پناهنده

☐ پناهجو

☐ بومی و جزیره نشینان تنگه تورس

☐ ترجیح می دهم نگویم

آیا به ترجمان ضرورت است؟ ☐ بله ☐ خیر

لسانی که ترجیح می دهید: _____

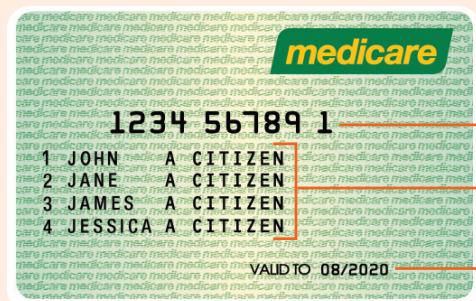
آیا شاگرد در استرالیا تولد شده: ☐ بله ☐ خیر، وی در چه کشوری متولد شده است؟ _____

اگر شاگرد کارت مدیکر ندارد، لطفاً این بخش را خالی بگذارید.

شماره کارت مدیکر شاگرد: _____

شماره مرجع شخصی: _____

تاریخ انقضا: _____



فرمه رضایت بلک-پل مریض را امضا کنید تا به Smile Squad اجازه دهید مصارف تحت مدیر را مطالبه کند



Australian Government
Department of Health

جدول مزایای مراقبت دندان طفل رضایت نامه مریضان بلک بیل

من، مریض / سرپرست قانونی تصدیق می کنم که در مورد مطالب ذیل به من معلومات داده شده است:

- تدای ا ارائه شده یا تدای که از این تاریخ تحت برنامه مزایای مراقبت دندان طفل ارائه خواهد شد؛
- مصارف احتمالی این تدای؛ و
- برای خدمات تحت برنامه مزایای مراقبت دندان طفل من بلک بل می شوم و مصارف این خدمات را از جیب خود پرداخت نمی کنم، به شرط اینکه پول کافی تحت benefit cap (سقف مزایا) موجود باشد.

من می دانم که من / مریض فقط تا سقف مزایا به مزایای مراقبت دندان دسترسی خواهیم داشت.

من می دانم که برای بعضی از خدمات مزایا ممکن است محدودیت هایی داشته باشد و برنامه مزایای مراقبت دندان طفل طیف محدودی از خدمات را پوشش می دهد. من می دانم که مصارف خدماتی را که تحت پوشش برنامه مزایای مراقبت دندان طفل نیستند، باید شخصاً پرداخت کنم.

من درک می کنم که مصارف خدمات، سقف مزایای موجود را کاهش می دهد و باید شخصاً مصارف خدمات اضافی را پس از ختم مزایا پرداخت کنم.

شماره مرجع

امضای مریض / سرپرست قانونی

شماره مدیر مریض:

نام کامل کسی که امضا میکند
(اگر خود مریض نیست)

نام مکمل مریض

تاریخ

این فورم تا 31 دسمبر سال تقویمی که برای آن امضا شده است اعتبار دارد.

آیا شاگرد حساسیت شناخته شده ای دارد؟

بله ☐ نه ☐ اگر دارد: ☐ آنتی بیوتیک ها ☐ Casein (پروتئین شیر) ☐ Colophony/rosin ☐ غذا ☐
 لاتکس یا نوار چسپ ☐ سایر دواها ☐ دیگر ☐

آیا شاگرد فعلاً کدام دوا استفاده می کند؟

بله ☐ نه ☐ اگر می کند، لطفاً نام، دوز و تکرار استفاده آن را درج کنید

آیا شاگرد بیماری شش دارد؟

بله ☐ نه ☐ اگر دارد: ☐ بیماری شش ☐ ← نفس تنگی (اسما) ☐
 در صورت بستری شدن در شفاخانه، ماه و سال آن را فهرست کنید ☐ بیماری سل ☐ دیگر ☐

آیا شاگرد بیماری قلبی (قلبی و عروقی) دارد؟

بله ☐ نه ☐ اگر دارد: ☐ نقص قلبی ☐ جراحی قلب ☐ بیماری روماتیسمی قلبی ☐
 فشار خون پایین یا بالا ☐ خونریزی شدید یا اختلال خونی ☐ دیگر ☐

آیا شاگرد تکلیفی حسی، شناختی یا نیازهای اضافی (ناتوانی) دارد؟

بله ☐ نه ☐ اگر دارد: ☐ ذهنی ☐ اختلال بینایی یا شنوایی ☐ دیگر ☐
 اختلال طیف اوتیسم ☐ اختلالات کمبود توجه ☐ فیزیکی (از جمله نیاز به دسترسی به ویلچر) ☐

آیا شاگرد کدام تکلیفی صحی یا طبی دیگری دارد؟

بله ☐ نه ☐ اگر دارد: ☐ بیماری گرده ☐ بیماری شکر نوع 1 ☐ بیماری شکر نوع 2 ☐ سرطان ☐ تکلیفی طبی مزمن ☐
 بیماری جگر ☐ تشنج یا صرع ☐ جراحی دیگر (منحیث مثال. پیوند، مفصل مصنوعی) ☐
 دیگر ☐

آیا ممکن است شاگرد حامله باشد؟

بله ☐ نه ☐ قابل تطبیق نیست ☐

آیا شاگرد از محصولات تنباکو (سیگرت کشیدن) یا سیگرت الکترونیکی (ویپینگ) استفاده می کند؟

بله ☐ نه ☐ اگر دارد: ☐ سیگرت کشیدن ☐ ویپینگ ☐ قابل تطبیق نیست ☐

آیا شاگرد الکول مصرف می کند؟

بله ☐ نه ☐ قابل تطبیق نیست ☐

اگر به کدام یک از موارد بالا جواب دیگر دادید، لطفاً توضیح دهید.

سؤالات زیر را پرسان میکنیم تا به ما در درک بیشتر از شاگرد و ایجاد بهترین پلان برای آنها کمک کند.

آیا شاگرد در دهان خود درد دارد (مثلاً مشکل خواب به دلیل مشکل دندان ها)؟

☐ بله ☐ خیر

آیا شاگرد به دلیل مشکل دندان یا دهان در خوردن یا آشامیدن مشکل دارد؟

☐ بله ☐ خیر

آیا شاگرد به دلیل مشکل در دندان یا دهان خود در صحبت کردن واضح مشکل دارد؟

☐ بله ☐ خیر

آیا شاگرد به دلیل مشکلی در دندان یا دهان خود از مکتب یا فعالیت های دیگر غیبت کرده است؟

☐ بله ☐ خیر

آیا شاگرد در اطراف شاگردان دیگر به دلیل مشکلی در دندان یا دهان لبخند نمی زند، نمی خندد و یا دندان خود را نشان نمی دهد؟

☐ بله ☐ خیر

آیا شاگرد قبلاً دندان های خود را معاینه کرده است؟

☐ بله ☐ خیر

اگر بله، در صورت مشخص بودن تاریخ آن را بیان کنید

آیا شاگرد در سه سال گذشته به دلیل پوسیدگی دندان کدام دندان خود را پر کرده یا کشیده است؟

☐ بله ☐ خیر ☐ مطمئن نیستم

هر چند وقت یک بار شاگرد نوشیدنی های شیرین شده با شکر مانند آب میوه، نوشابه یا کوردیال مصرف می کند؟

☐ سه بار یا بیشتر در روز

☐ یک یا دو بار در روز

☐ چند بار در هفته

☐ تقریباً هیچ وقت

هر چند وقت یک بار شاگرد دندان های خود را با کریم دندان برس می کند؟

☐ یک بار در روز (صبح)

☐ یک بار در روز (عصر)

☐ دوبار در روز

☐ کمتر از یک بار در روز

☐ بیش از دو بار در روز

آیا شاگرد در طول بازدید های قبلی مراقبت دندان یا بعد از آن، ترس یا حساسیت یا تجربه منفی دارد که باید بدانیم؟

☐ بله ☐ خیر

آیا شاگرد از هر راهبرد یا حمایتی برای کمک به آرام بودن در دوران معاینه استفاده می کند؟
منحیث مثال، اسباب بازی مورد علاقه، پروگرام آیفون، کتاب
(اگر بله، جزئیات را در زیر ارائه دهید و لطفاً برای بازدید بعدی همراه داشته باشید)

☐ بله ☐ خیر

آیا هیچ یک از اعضای خانواده یا شخصی که در یک خانه با شاگرد زندگی می کند مشکلات قابل توجهی در دندان ها و/یا بیره های خود دارد؟

☐ بله ☐ خیر ☐ مطمئن نیستم

آیا چیز دیگری وجود دارد که مایلید ما قبل از چک کردن دهان و دندان های شاگرد بدانیم؟
اگر بله، لطفاً جزئیات آن را در قسمت پایین ذکر کنید.

☐ بله ☐ خیر