SMILE SQUAD

નિઃશુલ્ક દંતચિકિત્સા

dental health services victoria

VICTORIA State Government

સ્માઇલ સ્ક્વોડ નિઃશુલ્ક શાળા આધારિત દંતસંભાળ કાર્યક્રમ

સ્માઇલ સ્ક્વોડ ટૂંક સમયમાં તમારી શાળાની મુલાકાત લઇ રહી છે.

વિક્ટોરિયાની સરકારનો શાળા આધારિત દંતસંભાળ કાર્યક્રમ વિક્ટોરિયાની સરકારી શાળાનાં દરેક વિદ્યાર્થી માટે નિઃશુલ્ક છે. તમારો પરિવાર આ તક ન ગુમાવે તે માટે આ પેક સહી કરીને પાછું મોકલો.

બધા જ વિદ્યાર્થીઓ નીચે મુજબ મેળવી શકે છે:

- એક નિઃશુલ્ક દંત તપાસ
- દાંત સ્વસ્થ રાખવા નિવારક સેવાઓ
- સામાન્ય સારવાર (જો જરૂર હોય તો)

વધુ માહિતી માટે અથવા તમારે આ ફોર્મ ભરવા મદદની જરૂર હોય તો:

- **ઇમેલ:** smilesquad@dhsv.org.au
- **ફોન:** ૧૩૦૦ ૫૦૩ ૯૭૭
- **મુલાકાત લો:** www.health.vic.gov.au/smile-squad

તમારે શું કરવાની જરૂર છે:

1. **આ પેકમાં આપેલ બધી જ માહિતી વાંચો.**
2. **બધા જ ફોર્મ અંગ્રેજીમાં ભરો અને સહી કરો:**
   - સંમતિ પત્રક (p4)
   - વિદ્યાર્થીની માહિતી (p5)
   - ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ્સ શેડ્યુલ બલ્ક બિલીંગ પેશન્ટ કન્સેન્ટ (વૈકલ્પિક) (p6)
   - તબીબી ઇતિહાસ (p7)
   - મુખના આરોગ્યને લગતી પ્રશ્નાવલી (p8)
3. **જેમ બને તેમ જલ્દી આ ફોર્મ્સ તમારી શાળાને પરત કરો.**
4. **આ પેકની અન્ય બધી માહિતી સંદર્ભ માટે જાળવી રાખો.**

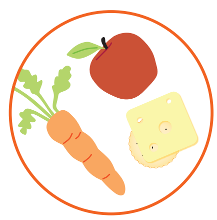
કૃપા કરીને ફોર્મ્સ કેપિટલ લેટરમાં ભરશો.

આ સંમતિ પત્રક વાંચવા માટે અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ છે.

ભાષાંતર શોધવા www.health.vic.gov.au/ની મુલાકાત લો અથવા QR કોડ સ્કેન કરો.

કૃપા કરીને ફક્ત અંગ્રેજી આવૃત્તિ જ મોકલશો.

સારું ખાઓ, સારું પીવો, સારી સફાઇ કરો


તાજો ખોરાક ખાઓ અને મીઠો ખોરાક, પીણાં અને મીઠાઇઓ મર્યાદામાં રાખો

ભરપૂર માત્રામાં સાદું પાણી પીવો

સવારે અને રાત્રે ફ્લોરાઇડયુક્ત ટુથપેસ્ટથી બ્રશ કરો

શું કોઇ ખર્ચ છે?

ના. વિક્ટોરિયાની સરકાર દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી આ નિઃશુલ્ક સેવા બધા જ વિદ્યાર્થીઓ માટે છે.

પ્રતિભાવ

કૃપયા, ગમે તે સમયે, તમને શું લાગે છે (સારું કે ખરાબ) તે અમને જણાવો. તમે પ્રતિભાવ smilesquad@dhsv.org.au પર ઈમેલ કરી શકો છો

દંત સેવાઓ

સ્માઇલ સ્ક્વોડ લાયકાત ધરાવતા વ્યાવસાયિકો દ્વારા વિક્ટોરિયાની સરકારી શાળાઓમાં વિદ્યાર્થીઓને નિઃશુલ્ક દંત સેવાઓ પૂરી પાડે છે.

દાંતની તપાસ (ચેક-અપ)

દાંતનાં ચેક-અપમાં દાંત, પેઢાં, જડબાં અને મોંઢાંની તપાસનો સમાવેશ થાય છે.

ફાયદા: મોટાભાગનાં મોંઢાંની/દાંતની તકલીફો શરૂઆતના તબક્કાઓમાં પીડા કરતી નથી. નિયમિત તપાસ તકલીફોને વહેલી શોધવાનો ઉત્તમ રસ્તો છે. એકવાર આપણને ખબર પડે કે શું થઇ રહ્યું છે તો આપણે આગામી સારવાર માટે આયોજન કરી શકીએ.

જો તમે સંમતિ આપો તો, જો વિદ્યાર્થીને લાભ કરી શકે તેમ હોય તો નીચેની સેવાઓ આપવામાં આવી શકે છે:

દાંતનો એક્સ રે

એક્સ રેનું મશીન શરીરની અંદર શું થઇ રહ્યું છે તેનું ચિત્ર તૈયાર કરવા કિરણોત્સર્ગનો ઉપયોગ કરે છે.

અમે મોંમાં એક નાની ફિલ્મ મૂકીને દાંતનો એક્સ રે લઇએ છીએ.

ફાયદા: એક્સ રે અમને નરી આંખે ન જોઇ શકાય તેવા દાંત વિશે માહિતી આપે છે. એક્સ રે કોહવાટ, ચેપ અને અન્ય તકલીફો શોધી શકે છે.

જોખમો: એક્સ રે ખૂબ જ સલામત છે. અમે સામાન્ય રીતે જે એક્સ રે લઇએ છીએ તેમાં એક વિમાનની ઉડાન કરતાં ઓછું કિરણોત્સર્ગ હોય છે.

ફ્લોરાઇડ વાર્નિશ એપ્લીકેશન

ફ્લોરાઇડ વાર્નિશ એપ્લીકેશન, જો ઓછામાં ઓછી દર છ મહિને લગાડવામાં આવે તો તે, એક નિવારક સારવાર છે.

દાંત પર ફ્લોરાઇડ વાર્નિશ ચોપડવું ખૂબ સરળ છે અને તેમાં સામાન્ય રીતે થોડી મિનિટો જ લાગે છે. તમે દાંત ઘસો નહીં ત્યાં સુધી તે દાંત પર ચોંટેલું રહે છે.

ફાયદા: ફ્લોરાઇડ એક સામાન્ય ખનીજ તત્વ છે જે દાંતને મજબૂત બનાવે છે અને દાંતમાં કોહવાટ થતો અટકાવે છે. ફ્લોરાઇડ વાર્નિશ કોહવાટ થતો અટકાવી શકે છે અને કોહવાટ ફેલાવાનો દર ધીમો પાડી શકે છે.

જોખમો: જો કે ભાગ્યે જ એવું બને છે, પણ કેટલાક લોકો ફ્લોરાઇડ વાર્નિશમાં આવેલ એક ઘટકની એલર્જી હોય શકે છે. કોલફનિ (કાળી રાળ)/રેઝીન (ઝાડમાંથી નીકળતો ગૂંદ), કેસિન (દૂધમાં રહેલ પ્રોટીન)ની એલર્જી ધરાવતાં અથવા ગંભીર દમનો રોગ હોય તેવાં વિદ્યાર્થીઓને કદાચ ફ્લોરાઇડ વાર્નિશ ન આપી શકાય.

તિરાડો ભરવા સીલન્ટ્સ

સીલન્ટ્સ દાંતનાં ખાડા (પાતળી તિરાડો) ઉપર ચોપડવામાં આવતું પડ છે. તે સામાન્ય રીતે દાઢ પર મૂકવામાં આવે છે.

ફાયદા: સીલન્ટ્સ દાંતનાં ખાડા ભરી દે છે અને ખોરાક તથા કીટાણુંઓને તેમાં ચોંટતા અટકાવે છે. આનાથી ખાડાઓમાં કોહવાટ શરૂ થતો અને ફેલાતો અટકે છે.

મોટાભાગની સીલન્ટ્સ સામગ્રીઓમાં ફ્લોરાઇડ હોય છે. સમય જતાં સીલન્ટ્સ ઘસઇ જઇ શકે છે અને વધુ ચોપડવાની કે નવું લગાવવાની જરૂર પડી શકે છે.

દાંતની સફાઇ

જ્યારે દાંત ઘસવાથી પથરી (સખત છારી) અથવા ગાઢા ડાઘા ન નીકળી શકે ત્યારે દાંતને વધુ સફાઇની જરૂર પડી શકે છે.

ફાયદા: આપણે દાંતનાં પેઢાને ખરાબ કરતી છારી દૂર કરીને પેઢાંનાં રોગોનું જોખમ ઘટાડી શકીએ છીએ.

આગામી સારવાર

જો વધારાની સારવારની જરૂર હશે, તો સ્માઇલ સ્ક્વોડ તેની ચર્ચા કરશે અને સંમતિ માંગશે.

વારંવાર પૂછાતાં પ્રશ્નો

શું માતાપિતા, કાનૂની વાલી કે સંભાળકર્તાએ વિદ્યાર્થીની એપોઇન્ટમેન્ટમાં હાજર રહેવાની જરૂર છે?

માતાપિતા, કાનૂની વાલી કે સંભાળકર્તા જો ઇચ્છે તો હાજર રહી શકે છે, પરંતુ તેની જરૂરી નથી.

જો તમને હાજર રહેવા ઇચ્છતા હોવ તો, કૃપા કરીને સ્માઇલ સ્ક્વોડને જણાવશો.

જો વધુ સારવારની જરૂર હશે તો, અમે માતાપિતા, કાનૂની વાલી કે સંભાળકર્તાને એપોઇન્ટમેન્ટમાં આવવાનું કહી શકીએ છીએ.

જો વિદ્યાર્થીએ હાલમાં જ દાંતની સારવાર કરવી હોય તો શું?

જો વિદ્યાર્થીએ હાલમાં જ દાંત માટે મુલાકાત લીધી હોય તો, તેઓ સ્માઇલ સ્ક્વોડને ફરી બતાવી શકે છે. તેમને કદાચ એક્સ રે અને અન્ય નિવારક સેવાઓની જરૂર ન પડે.

જો વિદ્યાર્થી સ્માઇલ સ્ક્વોડની મુલાકાતની દરમ્યાન શાળામાં ગેરહાજર હોય તો શું?

જો વિદ્યાર્થી શાળામાં ન હોય તો, અમે તેમને અન્ય કોઇ દિવસે તપાસીશું અથવા તેઓ તેમનાં સ્થાનિક કોમ્યુનિટી ડેન્ટલ એજન્સીમાં અમારી મુલાકાત લઇ શકે છે. આ સેવાઓ ત્યાં પણ નિઃશુલ્ક છે.

તમારૂં નજીકનું કોમ્યુનિટી ડેન્ટલ ક્લિનિક શોધો: www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

સંમતિ કોણ આપી શકે છે?

માતાપિતા, કાનૂની વાલી અથવા પુખ્ત વયના સગીર આ ફોર્મ્સ ભરી શકે છે અને સંમતિ આપી શકે છે.

પુખ્ત વયના સગીર ગણાવવા માટે, નિદાન કરનારને સંતોષ થવો જોઇએ કે જે તે વિદ્યાર્થીને સંમતિ આપવા માટે તેમની સ્થિતિ અને સૂચિત સારવારનાં જોખમો, ફાયદા અને થઇ શકે તેવી શક્ય તકલીફોને પૂરતા પ્રમાણમાં સમજી શકે છે.

વિદ્યાર્થી કેટલીક દંત સારવાર સમજવા સક્ષમ છે પણ અન્ય બાબતો માટે નહીં તેવું માની શકાય છે. જ્યારે માધ્યમિક-શાળાની વયના વિદ્યાર્થીને નિદાનકર્તા પુખ્ત વયના સગીર ન ગણી શકે ત્યારે તેઓ માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલીની સંમતિ મેળવવા પ્રયત્ન કરશે.

ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ શેડ્યુલ (સીડીબીએસ)

કેટલાક વિદ્યાર્થીઓ મેડિકેર દ્વારા ઓસ્ટ્રેલિયાની સરકારનાં ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ શેડ્યુલ (સીડીબીએસ)ને પાત્ર હોય શકે છે.

જો તમે સીડીબીએસ સંમતિ પત્રક સહી કરશો તો ઓસ્ટ્રેલિયાની સરકાર આ દંત સંભાળ માટે તમારા વતી અમને દાવો કરવાની અનુમતિ આપશે.

ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ શેડ્યુલ (સીડીબીએસ) શું છે?
સીડીબીએસ એક મેડિકેર કાર્યક્રમ છે જે પાત્ર ૦-૧૭ વર્ષનાઓને બે-વર્ષનાં સમયગાળા માટે મૂળભૂત દંત સંભાળ પૂરી પાડે છે.

વિદ્યાર્થીઓ તેમના સીડીબીએસનો ઉપયોગ:

- સ્માઇલ સ્ક્વોડ સેવાઓ માટે
- વિક્ટોરિયાના જાહેર દાંતના દવાખાનામાં
- ખાનગી દાંતના દવાખાનામાં કરી શકે છે

સ્માઇલ સ્ક્વોડ સીડીબીએસનો ઉપયોગ પાત્ર વિદ્યાર્થીઓ માટે કરશે.

તમે સીડીબીએસ સંમતિ પત્રક સહી ન કરો તો પણ, દરેક વિદ્યાર્થી સ્માઇલ સ્ક્વોડ પાસેથી નિઃશુલ્ક દંત સંભાળ મેળવશે. **તમને તેનો કોઇ ખર્ચ નહીં થાય.**

સ્માઇલ સ્ક્વોડને મેડિકેર અંતર્ગત ખર્ચનો દાવો કરવાની અનુમતિ આપવા તમને સીડીબીએસ બલ્ક-બિલિંગ સંમતિ પત્રક સહી કરવા અમે તમને પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ. તે વિક્ટોરિયાના વધુ રહેવાસીઓને દંત સંભાળ પૂરી પાડવામાં અમને મદદ કરશે.

સંદર્ભ માટે બલ્ક-બિલિંગ કિંમતો
મેડિકેર ઇચ્છે છે કે અમે તમને આ માહિતી આપીએ. જો તમે સીડીબીએસનો ઉપયોગ કરશો તો આ રકમો તમારા સીડીબીએસ ફાયદા મર્યાદામાંથી લેવામાં આવશે:

સેવા	સીડીબીએસ બલ્ક-બિલ્ડ ફી	તમે કેટલું ચુકવશો
દાંતની તપાસ (ચેક-અપ)	$૫૯.૬૦	$0.00
દાંતનો એક્સ રે (જો જરૂર હોય તો)	$૩૪.૫૦ દર એક્સ રે દીઠ	$0.00
તિરાડો ભરવા સીલન્ટ્સ (જો જરૂર હોય તો)	$૫૨.૧૫ (વધુમાં વધુ) દર દાંત દીઠ	$0.00
દાંતની સફાઇ (જો જરૂર પડે તો)	$૧૦૧.૫૫ (વધુમાં વધુ) કેટલી સફાઇની જરૂર છે તેના આધારે	$0.00
બધા જ દાંતને ફ્લોરાઇડ વાર્નિશ ચોપડવું (જો જરૂર હોય તો)	$૩૯.૧૫ દર વખતે (૧૨ મહિનામાં વધુમાં વધુ બેવાર લગાડી શકાય)	$0.00

ગોપનિયતા

ડેન્ટલ હેલ્થ સર્વિસીસ વિક્ટોરિયા (ડીએચએસવી) કોમ્યુનિટી ડેન્ટલ એજન્સીસની સાથે ભાગીદારીમાં સ્માઇલ સ્ક્વોડ પ્રદાન કરી રહી છે. ડીએચએસવી સ્માઇલ સ્ક્વોડ દર્દીઓનાં દસ્તાવેજો માટે જવાબદાર છે. ડીએચએસવી તમારી ગોપનિયતાનો આદર કરે છે અને તમારી માહિતીની સુરક્ષા કરવા માટે પ્રતિબદ્ધ છે. અમે તમારી માહિતી પર *હેલ્થ રેકોર્ડ અધિનિયમ* અને *ગોપનીયતા તથા માહિતી સુરક્ષા અધિનિયમ* મુજબ કામ કરીશું.

ચોક્કસ સમયે અમે સ્માઇલ સ્ક્વોડ સંશોધન અને મૂલ્યાંકન હેતુથી તથા અમારી સેવાઓમાં સુધારો કરવા માટે માહિતી અને પ્રતિભાવ ભેગા એકત્ર કરીશું. આ માટે અમે તમારી ઓળખ ગુપ્ત રાખીશું.

અમારે નનામી માહિતી સરકારી ખાતાઓ જેવા કે ડીએચએસવી, શિક્ષણ ખાતું અને આરોગ્ય ખાતા જોડે વહેંચવી પડશે. અમે આવું, વિક્ટોરિયાની શાળામાં બધાં જ વિદ્યાર્થીઓનાં મુખનાં આરોગ્ય વિષે ભેગા મળીની જાણી શકીએ, તે માટે કરીશું. અમે ઓળખ છતી કરતી બધી જ માહિતી કાઢી નાંખીશું.

ડીએચએસવીનું સંપૂર્ણ ગોપનીયતા વિધાન વાંચવા www.dhsv.org.au/privacyની મુલાકાત લો અથવા નીચેનો ક્યુઆર કોડ સ્કેન કરો:

અધિકારો અને ફરજો
ઓસ્ટ્રેલિયન કમિશન ઓન સેફ્ટી એન્ડ ક્વોલિટી ઇન હેલ્થ કેરની વેબસાઇટ પર તમારા આરોગ્ય સંભાળ અધિકારોની નકલ ઉપલબ્ધ છે.

સ્માઇલ સ્ક્વોડમાં ભાગ લેવા આ સંમતિ પત્રક સહી કરો

શાળાનું નામ: ____________________ **ધોરણ/વર્ગ (દા.ત. 2B):** ____________________

વિદ્યાર્થીનું પૂરું નામ: ____________________ **વિદ્યાર્થીની જન્મ તારીખ:** ____ / ____ / ____

હું, ઉપર જણાવેલ નામનાં વિદ્યાર્થીને સ્માઇલ સ્ક્વોડ શાળા દંત સંભાળ કાર્યક્રમમાં ભાગ લેવા માટે સંમતિ આપું છું.

હું વિદ્યાર્થીને નીચેની સેવાઓ મેળવવા માટે સંમતિ આપું છું:

દાંતની તપાસ (ચેક-અપ) ☐ હા ☐ ના

નોંધ: અન્ય કોઇ પણ સેવા આપી શકાય તે પહેલાં તમારે ચેક-અપ માટે હા પાડવી જ પડશે.

દાંતનો એક્સ રે (જો જરૂર હોય તો) ☐ હા ☐ ના

ફ્લોરાઇડ વાર્નિશ (જો જરૂર હોય તો) ☐ હા ☐ ના

તિરાડો ભરવા સીલન્ટ્સ (જો જરૂર હોય તો) ☐ હા ☐ ના

દાંતની સફાઇ (જો જરૂર હોય તો) ☐ હા ☐ ના

અમે આગામી પેઢીનાં મુખનાં આરોગ્ય વ્યવસાયિકોને તાલીમ આપી રહ્યા છીએ. વિદ્યાર્થીઓને, લાયકાત પ્રાપ્ત સ્માઇલ સ્ક્વોડ નિદાનવિદની દેખરેખ હેઠળ દંત સંભાળ/મુખનાં આરોગ્યનાં વિદ્યાર્થી, તપાસી શકે છે.

શું તમે વિદ્યાર્થીની દંત સંભાળ/મુખનાં આરોગ્યનાં વિદ્યાર્થી દ્વારા તપાસને સંમતિ આપો છો? ☐ હા ☐ ના

હું, સંમત થાઉં છું કે, મેં મારી જાણ મુજબ, યોગ્ય સંભાળ પૂરી પાડવા આવશ્યક બધી જ આરોગ્ય અને વ્યક્તિવિષયક સુસંગત માહિતી સ્માઇલ સ્ક્વોડને આપી છે.

સંમત આપતાં હું સહમત છું કે, મેં આ સંમતિ પત્રક અને આ પેકમાં આવેલ તમામ માહિતી વાંચી છે.
નીચેનું સમજવા મારી પાસે પૂરતી માહિતી છે:

દંત સેવાઓ

તેના ફાયદા અને તેમાં રહેલા જોખમો સહિત Smile Squad કયા પ્રકારની સેવાઓ સૂચવી શકે છે, સેવાઓ ક્યાં આપવામાં આવશે અને તે કોણ પૂરી પાડશે તે વિશે હું માહિતગાર છું. પૂરી પાડવામાં આવતી બધી જ સેવાઓ નિઃશુલ્ક છે.

દંત સંભાળ સેવાઓ પછી લેવાની કાળજી

હું સમજું છું કે જો દંત સંભાળ સેવા મેળવ્યા પછી વિદ્યાર્થી શાળામાં અસ્વસ્થ થઇ જશે તો અથવા જો તેને શાળામાં વ્યવસ્થા ન કરી શકાય તેવી વધુ સારવારની જરૂર હશે તો સ્માઇલ સ્ક્વોડનાં નિદાનવિદ્ અથવા શાળા કર્મચારી માતાપિતા, કાનૂની વાલી અથવા સંભાળકર્તાનો સંપર્ક કરી શકે છે.

ગોપનિયતા

મેં આ પેકમાં આપેલ ગોપનીયતા માહિતી વાંચી અને સમજી છે તથા આ કાર્યક્રમ વિદ્યાર્થીની આરોગ્ય સંભાળ માહિતીનું સંચાલન કેવી રીતે કરશે તે માન્ય કરું છું.

માતાપિતા/વાલી/વિદ્યાર્થી*ની સહી: ________________________________

માતાપિતા/વાલી/વિદ્યાર્થી*નું પૂરું નામ: ____________________ **તારીખ:** ____ / ____ / ____

*૧૮ વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરનાં વિદ્યાર્થી અને જેમને દંત સંભાળ સેવાઓ મેળવવા માટે જાતે સંમતિ આપવા હેતુસર પુખ્ત વયના સગીર ગણવામાં આવ્યા હોય. આ સંમતિ સહી કર્યા તારીખથી ૧૨ મહિના માટે માન્ય ગણાશે.

ફક્ત માહિતી
કૃપયા આ સંમતિપત્રકની અંગ્રેજી આવૃત્તિ લઈને પરત કરશો

શાળાનું નામ: ______________________ ધોરણ / વર્ગ (દા.ત. 2B): ______________________

વિદ્યાર્થીની માહિતી

પ્રથમ નામ: ______________________ અટક: ______________________

લિંગ: ☐ પુરુષ ☐ સ્ત્રી ☐ અન્ય, કૃપયા સ્પષ્ટતા કરશો ______________ જન્મ તારીખ: _____ / _____ / _____

વિદ્યાર્થીનાં વ્યક્તિગત સર્વનામો (નામને બદલે વપરાતાં શબ્દો) શું છે? (વૈકલ્પિક) ______________________

સરનામું: ______________________

પરું: ______________________ પોસ્ટકોડ: ______________________

જો તમે પોતાની જાત માટે સંમતિ આપી રહેલ વિદ્યાર્થી હોવ તો, કૃપા નીચેનાનો સમાવેશ કરશો:

ફોન નંબર: ______________________ ઇમેલ: ______________________

માતાપિતા/વાલીની વિગતો

પ્રથમ નામ: ______________________

અટક: ______________________

વિદ્યાર્થી સાથે સંબંધ: ______________________

ફોન નંબર: ______________________

ઇમેલ: ______________________

અન્ય માતાપિતા/વાલીની વિગતો (વૈકલ્પિક)

પ્રથમ નામ: ______________________

અટક: ______________________

વિદ્યાર્થી સાથે સંબંધ: ______________________

ફોન નંબર: ______________________

ઇમેલ: ______________________

શું વિદ્યાર્થી એબોરિજીનલ કે ટોરસ સ્ટ્રેટ આઇલેન્ડર છે?

- ☐ ના, એબોરિજીનલ કે ટોરસ સ્ટ્રેટ આઇલેન્ડર નથી
- ☐ એબોરિજીનલ
- ☐ ટોરસ સ્ટ્રેટ આઇલેન્ડર
- ☐ એબોરિજીનલ અને ટોરસ સ્ટ્રેટ આઇલેન્ડર
- ☐ નહીં જણાવવાનું પસંદ કરીએ છીએ

શું વિદ્યાર્થી આશ્રય ઇચ્છુક અથવા શરણાર્થી છે?

- ☐ ના, આશ્રય ઇચ્છુક અથવા શરણાર્થી નથી
- ☐ શરણાર્થી
- ☐ આશ્રય ઇચ્છુક
- ☐ નહીં જણાવવાનું પસંદ કરીએ છીએ

શું દુભાષિયાની જરૂર છે? ☐ હા ☐ ના

પસંદગીની ભાષા: ______________________

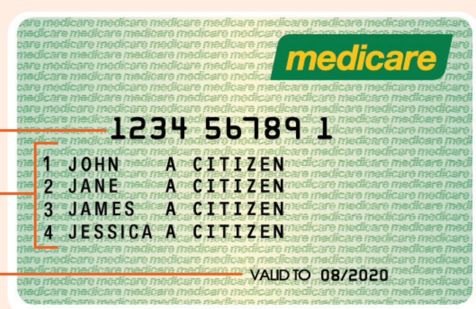
શું વિદ્યાર્થીનો જન્મ ઓસ્ટ્રેલિયામાં થયો હતો? ☐ હા ☐ ના, તેઓ કયા દેશમાં જન્મ્યા હતા? ______________________

જો વિદ્યાર્થીનું મેડિકેર કાર્ડ ન હોય તો, કૃપયા આ ભાગ કોરો છોડશો.

વિદ્યાર્થીનો મેડિકેર કાર્ડ નંબર: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

વ્યક્તિગત સંદર્ભ નંબર: ☐

આખર તારીખ: ☐☐ / ☐☐☐☐



ફક્ત માર્ગદર્શિકા
કૃપયા આ સંમતિ પત્રકની યોગ્ય આવૃત્તિ ભરીને પરત કરશો

Australian Government
Department of Health

ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ્સ શેડ્યુલ
બલ્ક બિલિંગ દર્દી સંમતિ પત્રક

હું, દર્દી પોતે/કાનૂની વાલી, પ્રમાણિત કરું છું કે મને નીચેની બાબતો જણાવવામાં આવી છે:

- ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ્સ યોજના હેઠળ આ તારીખથી જે સારવાર આપવામાં આવી છે અથવા આપવામાં આવશે;
- આ સારવારનો સંભવિત ખર્ચ; અને
- લાભોની મર્યાદા હેઠળ ઉપલબ્ધ પૂરતાં નાણાંને આધીન આ સેવાઓ માટે ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ્સ શેડ્યૂલ હેઠળ મને બલ્ક બિલ કરવામાં આવશે અને મારે ખિસ્સામાંથી ખર્ચ નહીં ચુકવવો પડે.

હું સમજું છું કે મને / દર્દીને ડેન્ટલ લાભો ફક્ત લાભ મર્યાદા સુધી જ ઉપલબ્ધ હશે.

હું સમજું છું કે કેટલીક સેવાઓ માટેના લાભો પર મર્યાદા હોઈ શકે છે અને ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ્સ શેડ્યૂલ મર્યાદિત શ્રેણીની સેવાઓને આવરે છે. હું સમજું છું કે ચાઇલ્ડ ડેન્ટલ બેનિફિટ્સ યોજના હેઠળ ન આવરી લેવાતી કોઇ પણ સેવાઓ માટે મારે જાતે ખર્ચ ભોગવવો પડશે.

હું સમજું છું કે સેવાઓનો ખર્ચ ઉપલબ્ધ લાભ મર્યાદાને ઓછી કરશે અને એકવાર લાભો પૂર્ણ થઇ જાય તે પછી વધારાની સેવાઓનો ખર્ચ મારે જાતે ભોગવવો પડશે.

સંદર્ભ #

દર્દીનો મેડિકેર નંબર

દર્દી / કાનૂની વાલીની સહી

દર્દીનું પૂરું નામ

સહી કરનાર વ્યક્તિનું પૂરું નામ
(જો તે પોતે દર્દી ન હોય તો)

તારીખ

આ ફોર્મ જે વર્ષમાં સહી કરવામાં આવ્યું છે તે વર્ષની ૩૧ ડિસેમ્બર સુધી માન્ય છે.

શું વિદ્યાર્થીને કોઇ જાણીતી એલર્જી છે?

☐ હા ☐ ના **જો હા હોય તો:**

☐ એન્ટિબાયોટિક્સ ☐ કેસીન (દૂધમાં હાજર પ્રોટીન) ☐ ક્લોફનિ/રેઝીન ☐ ખાદ્ય પદાર્થ

☐ લેટેક્સ અથવા ટેપ ☐ અન્ય દવાઓ ☐ અન્ય

શું વિદ્યાર્થી હાલમાં કોઇ દવા લે છે?

☐ હા ☐ ના **જો હા હોય તો, કૃપયા દવાનું નામ, માત્રા અને આવૃત્તિની યાદિ આપશો**

શું વિદ્યાર્થીને ફેફસાંની કોઇ તકલીફ છે?

☐ હા ☐ ના **જો હા હોય તો:**

☐ દમનો રોગ → જો હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું પડયું હોય તો, મહિનો અને વર્ષ

☐ ફેફસાંનો રોગ ☐ ટ્યુબરક્યુલોસીસ (ક્ષયરોગ) ☐ અન્ય

શું વિદ્યાર્થી હ્રદયની (હ્રદય અને રક્તવાહિનીઓની) તકલીફ ધરાવે છે?

☐ હા ☐ ના **જો હા હોય તો:**

☐ હ્રદયમાં ખામી ☐ હ્રદયની શસ્ત્રક્રિયા ☐ સંધિવાને લગતો હ્રદય રોગ

☐ લોહીનું નીચું કે ઊંચું દબાણ ☐ વધું પડતું લોહી વહી જવું અથવા લોહીનો વિકાર ☐ અન્ય

શું વિદ્યાર્થીને કોઇ સંવેદનાત્મક, બૌધિક તકલીફો કે વધારાની સહાયની જરૂરિયાત (વિકલાંગતા) છે?

☐ હા ☐ ના **જો હા હોય તો:**

☐ માનસિક તણાવ કે ઉદાસીનતા ☐ એકાગ્રતાની ખામીનો વિકાર ☐ ઑટિઝમ સ્પેક્ટ્રમ વિકાર ☐ શારીરિક (વ્હીલચેરની જરૂર હોય તે સહિતની)

☐ બૌધિક ☐ દ્રષ્ટિની અથવા સાંભળવામાં ક્ષતિ ☐ અન્ય

શું વિદ્યાર્થીને અન્ય કોઇ આરોગ્ય કે તબીબી તકલીફ છે?

☐ હા ☐ ના **જો હા હોય તો:**

☐ ટાઇપ ૧ ડાયાબિટીસ ☐ ટાઇપ ૨ ડાયાબિટીસ ☐ કેન્સર ☐ ઉગ્ર તબીબી પરિસ્થિતિ (ઉ.દા. પક્ષઘાત, સંધિવા)

☐ મૂત્રપિંડનો રોગ ☐ યકૃતનો રોગ ☐ ખેંચ આવવી અથવા ફેફરું ☐ અન્ય શસ્ત્રક્રિયા (ઉ.દા. ટ્રાન્સપ્લાન્ટ, કૃત્રિમ સાંધો)

☐ અન્ય

શું વિદ્યાર્થી ગર્ભવતી હોય શકે છે? ☐ હા ☐ ના ☐ લાગુ પડતું નથી

શું વિદ્યાર્થી તમાકુનાં ઉત્પાદનોનું (ધુમ્રપાન) સેવન અથવા ઇ-સિગરેટ (વેપિંગ) કરે છે? ☐ હા ☐ ના ☐ લાગુ પડતું નથી

જો હા હોય તો: ☐ ધુમ્રપાન ☐ વેપિંગ ☐ અન્ય

શું વિદ્યાર્થી દારૂ પીવે છે? ☐ હા ☐ ના ☐ લાગુ પડતું નથી

જો તમે ઉપરમાંથી કોઇનો પણ જવાબ **અન્ય** આપ્યો હોય તો કૃપા કરી વર્ણન કરશો.

ફક્ત માર્ગદર્શિકા
કૃપયા આ સંમતિપત્રકની અંગ્રેજી આવૃત્તિ ભરીને પરત કરશો

અમને વિદ્યાર્થીને વધુ સમજવામાં અને તેમના માટે ઉત્તમ યોજના તૈયાર કરવામાં મદદ થાય તે માટે અમે નીચેના પ્રશ્નો પૂછીએ છીએ.

શું વિદ્યાર્થીને મોંઢાંમાં દુઃખાવો છે (ઉ.દા. દાંતની તકલીફને લીધે ઊંઘ આવવામાં મુશ્કેલી પડવી)?	હા / ના
શું વિદ્યાર્થીને તેમના દાંતની કે મોંની તકલીફને લીધે ખાવામાં કે પીવામાં તકલીફ પડે છે?	હા / ના
શું વિદ્યાર્થીને તેમના દાંતની કે મોંની તકલીફને લીધે સ્પષ્ટ બોલવામાં તકલીફ પડે છે?	હા / ના
શું વિદ્યાર્થી શાળામાં કે અન્ય પ્રવૃત્તિઓમાં તેમના દાંત કે મોંની તકલીફને લીધે ગેરહાજર રહ્યા છે?	હા / ના
શું તેમના દાંત કે મોંની તકલીફને લીધે વિદ્યાર્થી અન્ય વિદ્યાર્થીઓની હાજરીમાં સ્મિત કરવાનું, હસવાનું કે દાંત દેખાડવાનું ટાળે છે?	હા / ના
શું વિદ્યાર્થીએ પહેલાં તેમનાં દાંતની તપાસ કરાવી છે?	હા / ના જો હા હોય તો, યાદ હોય તો તારીખ
શું છેલ્લા ત્રણ વર્ષમાં વિદ્યાર્થીએ દાંતમાં સડો થવાને લીધે કોઇ દાંતમાં પૂરાણ કરાવ્યું છે કે કાઢી નંખાવ્યો છે?	હા / ના / મને ચોક્કસ ખાતરી નથી
વિદ્યાર્થી કેટલીવાર ગળ્યા પીણાં જેવા કે ફળોનો રસ, ઠંડા પીણાં કે શરબત પીવે છે?	દિવસમાં ત્રણ વાર કે તેથી વધુ દિવસમાં એક કે બે વાર અઠવાડિયામાં થોડા દિવસ લગભગ ક્યારેય નહીં
વિદ્યાર્થી ટૂથપેસ્ટથી કેટલીવાર તેમના દાંત ઘસે છે?	દિવસમાં એકવાર (સવારે) દિવસમાં એકવાર (સાંજે) દિવસમાં બે વાર દિવસમાં એકવારથી ઓછું દિવસમાં બેથી વધુ વખત
શું અમારે જાણવા લાયક વિદ્યાર્થીને કોઇ બીક કે સંવેદનશીલતા છે અથવા અગાઉની દંત સંભાળ મુલાકાત દરમ્યાન કે પછી નકારાત્મક અનુભવ થયો હતો?	હા / ના
શું વિદ્યાર્થી વધુ સારી રીતે અનુકૂળ થવામાં સહાય માટે કોઇ વ્યૂહરચના અથવા ટેકાનો ઉપયોગ કરે છે? ઉ.દા. મનપસંદ રમકડું, આઇફોન એપ, પુસ્તક (જો હા હોય તો, નીચે વધુ માહિતી આપશો અને આગામી મુલાકાતમાં સાથે લઇને આવશો)	હા / ના
શું કોઇ પરિવારજન કે વિદ્યાર્થી સાથે એ જ ઘરમાં રહેતા વ્યક્તિને તેમના દાંત અને/અથવા પેઢાંની નોંધપાત્ર તકલીફો છે?	હા / ના / મને ચોક્કસ ખાતરી નથી
અમે વિદ્યાર્થીનાં દાંત અને મોં તપાસીએ તે પહેલાં બીજું કશું છે જે તમે અમને જણાવવા માંગો છો? જો હા હોય તો, કૃપા કરીને નીચે વિગતો આપો.	હા / ના

ફક્ત માહિતી
કૃપયા આ સંમતિ પત્રકની અંગ્રેજી આવૃત્તિ ઉપર સહી કરશો