

Smile Squad (اسمایل اسکواد) برنامه دندانپزشکی رایگان مدرسه

Smile Squad به زودی از مدرسه شما دیدن می کند.

برنامه دندانپزشکی مدارس دولت ویکتوریا برای همه دانش آموزان مدارس دولتی ویکتوریا رایگان است. جهت اطمینان از اینکه خانواده شما این فرصت را از دست نمی دهند، این بسته را امضا کرده و برگردانید.

همه دانش آموزان می توانند خدمات زیر را دریافت کنند:

- معاینه رایگان دندانپزشکی
- خدمات پیشگیرانه برای حفظ سلامت دندان ها
- درمان عمومی (در صورت نیاز)

برای اطلاعات بیشتر یا در صورت نیاز برای کمک در تکمیل فرم ها:

- به smilesquad@dhs.vic.gov.au ایمیل بفرستید
- به 1300503977 تلفن کنید
- به www.health.vic.gov.au/smile-squad مراجعه کنید

فرم رضایت برای مطالعه به زبان های دیگر موجود است. مراجعه کنید به: www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad یا کد QR را اسکن کنید تا فرم های ترجمه شده را پیدا کنید. لطفاً فقط نسخه انگلیسی را ارسال کنید.



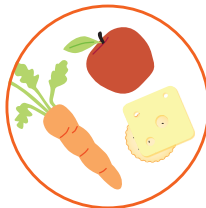
خوب بخورید، خوب بنوشید، خوب پاک کنید



صبح و شب با خمیر دندان حاوی فلوراید مسواک بزنید



آب لوله کشی فراوان بنوشید



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

آیا هزینه ای باید پرداخت کرد؟

خیر. این یک سرویس رایگان برای همه دانش آموزان است که توسط دولت ویکتوریا ارائه می شود.

نظرات و انتقادات

لطفاً نظرات را، (خوب یا بد) و هر زمان که خواستید به ما بگویید. می توانید نظرات خود را به smilesquad@dhs.vic.gov.au ایمیل کنید

کاری که باید انجام دهید:

- 1 تمام اطلاعات این بسته را بخوانید.
- 2 تمام فرم ها را به زبان انگلیسی پر و امضا کنید:
 - فرم رضایت (p4)
 - مشخصات دانش آموز (p5)
 - رضایت نامه برای صدور هزینه مزایای دندانپزشکی کودک بصورت صورتحساب عمده (اختیاری) (p6)
 - تاریخچه پزشکی (p7)
 - پرسشنامه بهداشت دهان (p8)
- 3 فرم ها را در اسرع وقت به مدرسه خود برگردانید.
- 4 تمام اطلاعات دیگر در این بسته را بمنظور مراجعه نگه دارید. لطفاً با استفاده از حروف خوانا فرم ها را پر کنید.

خدمات دندانپزشکی

Smile Squad، خدمات دندانپزشکی رایگان به دانش آموزان مدارس دولتی ویکتوریا توسط متخصصان واجد شرایط ارائه می دهد.

معاینه دندانپزشکی (چک آپ)

معاینه دندان شامل بررسی دندان، لثه، فک و دهان است.

مزایا: بیشتر بیماریهای دهان/مشکلات دندان در مراحل اولیه باعث ایجاد درد نمیشوند. معاینات منظم بهترین راه برای یافتن زودهنگام مشکلات است. هنگامی که بدانیم چه چیزی در شرف اتفاق است، می توانیم برای درمان بعدی برنامه ریزی کنیم.

اگر رضایت دهید، شاید خدمات زیر، در صورتی که به نفع دانش آموز باشد، بتواند ارائه شود:

اشعه ایکس از دندان ها

یک دستگاه اشعه ایکس با استفاده از اشعه، تصویری از آنچه در داخل بدن اتفاق می افتد تولید می کند.

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

فواید: اشعه ایکس اطلاعاتی را در مورد دندان ها که با چشم غیر مسلح دیده نمی شوند به ما می دهد. اشعه ایکس می تواند پوسیدگی، عفونت و سایر مشکلات را پیدا کند.

خطرات: اشعه ایکس بسیار ایمن است. اشعه ایکسی که ما معمولاً می گیریم اشعه کمتری نسبت به پرواز با هواپیما دارد.

کاربرد جلای فلوراید

جلای فلوراید یک درمان پیشگیرانه است که اگر حداقل هر شش ماه یکبار استفاده شود، بهترین نتیجه را دارد.

زدن جلای فلوراید روی دندان بسیار آسان است و معمولاً چند دقیقه طول می کشد. تا زمانی که آن را مسواک کنید، جلا به دندان ها می چسبد.

فواید: فلوراید یک ماده معدنی معمولی است که به ساختن دندان های قوی و جلوگیری از پوسیدگی دندان کمک می کند. جلای فلوراید می تواند از شروع پوسیدگی جلوگیری کند و از سرعت پوسیدگی بکاهد.

خطرات: اگرچه نادر است، اما برخی افراد به یکی از اجزای جلای فلوراید حساسیت دارند. دانش آموزانی که به کلوفونی/کلوفون، کارزین (پروتئین شیر) حساسیت یا آسم شدید دارند ممکن است نتوانند از جلای فلوراید استفاده کنند.

Fissure sealants (شیارپوش ها)

سیلانت ها (sealants) پوشش هایی بصورت رنگ هستند که بر روی شیارهای (fissures) دندان زده می شوند. آنها معمولاً روی دندان های آسیاب گذاشته میشوند.

مزایا: سیلانت ها شیارهای دندان را می پوشانند و از گیر کردن غذا و میکروب جلوگیری می کنند. این کار از شروع پوسیدگی و گسترش آن در شیارها جلوگیری می کند.

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

تمیز کردن دندان

زمانی که مسواک زدن نمی تواند جرم ها (رسوبات سفت) یا لکه های سخت را از بین ببرد، ممکن است دندان ها به تمیز کردن اضافی نیاز داشته باشند.

فواید: ما میتوانیم با از بین بردن رسوبات دندان، که میتوانند لثه ها را آزار دهند، خطر ابتلا به بیماری لثه را کاهش دهیم.

درمان تکمیلی

اگر نیاز به درمان اضافی باشد، Smile Squad در این مورد با شما صحبت کرده و رضایت شما را خواهد خواست.

سئوالات متداول

آیا والدین، سرپرستان قانونی یا مراقبین نیاز به حضور در قرار ملاقات دانش آموز دارند؟

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

لطفاً در صورت تمایل به شرکت، با Smile Squad تماس گرفته بما اطلاع دهید.

اگر به درمان بیشتری نیاز باشد، ممکن است از والدین، قیم قانونی یا مراقب بخواهیم که در قرار ملاقات حاضر شوند.

اگر دانش آموزی اخیراً درمان دندانپزشکی داشته باشد چه؟

اگر دانش آموزی اخیراً ویزیت دندانپزشکی داشته است، میتواند دوباره توسط Smile Squad دیده شود. آنها ممکن است نیازی به اشعه ایکس و سایر خدمات پیشگیرانه نداشته باشند.

اگر دانش آموزی در زمان دیدار Smile Squad از مدرسه غایب باشد، چه می شود؟

اگر دانش آموزی در مدرسه حاضر نباشد، ما روز دیگری او را می بینیم؛ یا او می تواند به ما در نمایندگی دندانپزشکی محلی خود مراجعه کند. این خدمات هنوز رایگان هستند.

نزدیکترین کلینیک دندانپزشکی محلی خود را از www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search پیدا کنید.

چه کسی می تواند رضایت دهد؟

والدین، قیم قانونی یا دانش آموزان دبیرستانی با کفایت می توانند این فرم ها را تکمیل کرده و رضایت ارائه دهند.

برای اینکه دانش آموز دبیرستانی بعنوان با کفایت در نظر گرفته شود، دندانپزشک باید متقاعد شود که دانش آموز، برای ارائه رضایت آگاهانه، درک کافی از خطرات، مزایا، و عوارض احتمالی وضعیت خود و درمان پیشنهادی دارد.

ممکن است دانش آموزی در مورد برخی تصمیمات درمان دندانپزشکی دارای کفایت در نظر گرفته شود ولی در موارد دیگر نه. در صورتی که دانش آموز دبیرستانی توسط دندانپزشک، با کفایت در نظر گرفته نشود، از والدین یا قیم قانونی او رضایت می گیرند.

برنامه بهره مندی دندانپزشکی کودکان (CDBS)

برخی از دانش آموزان ممکن است واجد شرایط برنامه بهره مندی دندانپزشکی کودکان دولت استرالیا (CDBS) از طریق Medicare باشند.

اگر فرم رضایت CDBS را امضا کنید، دولت استرالیا به ما اجازه می دهد که از طرف شما برای این نوع مراقبت های مربوط به دندان درخواست پرداخت کنیم.

برنامه بهره مندی دندانپزشکی کودکان (CDBS) چیست؟

CDBS یک برنامه Medicare (مدیکر) است که مراقبت های اولیه مربوط به دندان برای 0 تا 17 ساله های واجد شرایط را در یک دوره دو ساله ارائه می دهد.

دانش آموزان می توانند از CDBS خود استفاده کنند:

- برای خدمات Smile Squad (اسمایل اسکواد)

- در یک کلینیک عمومی دندانپزشکی ویکتوریا

- در یک کلینیک خصوصی دندانپزشکی

Smile Squad برای دانش آموزان واجد شرایط از CDBS استفاده خواهد کرد.

حتی اگر فرم رضایت CDBS را امضا نکنید، باز هم هر دانش آموزی، مراقبت های مربوط به دندان رایگان از Smile Squad دریافت می کند. هیچ هزینه ای به عهده شما نخواهد بود.

ما شما را تشویق میکنیم که فرم رضایت CDBS صورتحساب عمده (bulk-billing) را امضا کنید تا Smile Squad اجازه داشته باشد هزینه های تحت Medicare را مطالبه کند. این به ما کمک می کند تا مراقبت های مربوط به دندان را به ویکتوریایی های بیشتری ارائه دهیم.

هزینه های صورتحساب عمده برای مراجعه

Medicare از ما می خواهد که این اطلاعات را در اختیار شما قرار دهیم. اگر از CDBS استفاده می کنید، این مقادیر از سقف بهره مندی CDBS شما برداشته می شود:

سرویس	هزینه صورتحساب عمده CDBS	چقدر پرداخت می کنید
معاینه دندانپزشکی (چک آپ)	59.60 دلار	\$0.00
اشعه ایکس دندان (در صورت نیاز)	34.50 دلار برای هر اشعه ایکس	\$0.00
شیارپوش ها (در صورت نیاز)	52.15 دلار (حداکثر) برای هر دندان	\$0.00
تمیز کردن دندان (در صورت نیاز)	101.55 دلار (حداکثر) بسته به مقدار نیاز به تمیز کردن	\$0.00
استفاده از جلای فلوراید برای تمام دندان ها (در صورت نیاز)	39.15 دلار برای هر درخواست (حداکثر دو درخواست در 12 ماه)	\$0.00

برای خواندن بیانییه کامل حریم شخصی 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 بهداشتی شما در وبسایت کمیسیون استرالیا در مورد ایمنی و کیفیت در مراقبت های بهداشتی موجود است.

حریم شخصی

Dental Health Service Victoria (DHSV) با همکاری نمایندگی های

دندانپزشکی جامعه محلی، خدمات Smile Squad ارائه می دهد. DHSV

مسئول تنظیم مدارک مراجعین Smile Squad است. DHSV به حریم شخصی

شما احترام می گذارد و متعهد به حفاظت از اطلاعات شماست. ما اطلاعات شما

را بر اساس قانون سوابق بهداشتی و قانون حفاظت از حریم شخصی و اطلاعات

مدیریت خواهیم کرد.

در زمانهای خاص، ما اطلاعات و نظرات را بمنظور تحقیق و ارزیابی

Smile Squad و بهبود خدمات خود گردآوری میکنیم. برای این کار ما

هویت شما را ناشناس نگه می داریم.

ما باید اطلاعات ناشناس را با سازمانهای دولتی مانند DHSV، وزارت آموزش و

پرورش و وزارت بهداشت به اشتراک بگذاریم. ما این کار را با هدف اینکه بتوانیم با

هم در مورد بهداشت دهان همه دانش آموزان مدرسه در ویکتوریا کسب اطلاعات

کنیم، انجام خواهیم داد. ما هر گونه اطلاعات شناسایی را حذف خواهیم کرد.

نام مدرسه: _____ سال/کلاس (به عنوان مثال 2B): _____

نام کامل دانش آموز: _____ تاریخ تولد دانش آموز: ____ / ____ / ____

من جهت شرکت دانش آموز نامبرده فوق در برنامه دندانپزشکی مدرسه Smile Squad رضایت می دهم.

من رضایت می دهم که دانش آموز خدمات زیر را دریافت کند:

بله ☐ خیر ☐

معاینه دندانپزشکی (چک آپ)

توجه: قبل از ارائه هر گونه خدمات دیگر باید جوابتان به معاینه دندانپزشکی "بله" باشد.

بله ☐ خیر ☐

شیارپوش (در صورت نیاز)

بله ☐ خیر ☐

اشعه ایکس دندان (در صورت نیاز)

بله ☐ خیر ☐

تمیز کردن دندان (در صورت نیاز)

بله ☐ خیر ☐

جلای فلوراید (در صورت نیاز)

ما در حال آموزش نسل بعدی متخصصان بهداشت دهان هستیم. دانش آموزان ممکن است توسط یک دانشجوی بهداشت دهان که تحت نظارت یک دندانپزشک مجرب Smile Squad کار میکند، معاینه شوند.

بله ☐ خیر ☐

آیا رضایت می دهید که دانش آموز توسط یک دانشجوی بهداشت دهان/دندان معاینه شود؟

من تأیید میکنم که تا جایی که میدانم، تمام اطلاعات بهداشتی و شخصی مربوطه را که برای ارائه مراقبتهای مناسب لازم است، به Smile Squad ارائه کرده ام.

با ارائه این رضایت، تأیید می کنم که این فرم رضایت و اطلاعات موجود در این بسته را مطالعه کرده ام.

من اطلاعات کافی برای درک موارد زیر دارم:

خدمات دندانپزشکی

من از انواع خدمات دندانپزشکی ارائه شده توسط Smile Squad، از جمله بهره مندیها و خطرات موجود، محل انجام خدمات و ارائه دهنده آنها مطلع هستم. تمامی خدمات ارائه شده رایگان است.

مراقبت بعد از خدمات دندانپزشکی

من آگاهم که اگر دانش آموز پس از دریافت خدمات دندانپزشکی در مدرسه ناخوش شود، یا اگر به مراقبتهای اضافی نیاز داشته باشد که در مدرسه قابل مدیریت نباشد، دندانپزشک Smile Squad یا کارکنان مدرسه ممکن است با والدین، سرپرست قانونی یا مراقبت دهنده او تماس بگیرند.

حریم شخصی

من اطلاعات مربوط به حریم شخصی موجود در این بسته را خوانده و درک کرده ام و اذعان میکنم که آگاهم چگونه این برنامه، اطلاعات مراقبت های بهداشتی دانش آموزان را مدیریت می کند.

امضای والدین/سرپرست/دانش آموز*:

والدین / سرپرست / دانش آموز * نام کامل: _____

تاریخ: ____ / ____ / ____

*دانش آموزان 18 سال به بالا و آنهایی که به منظور دسترسی به خدمات دندانپزشکی با کفایت محسوب می شوند، می توانند برای خود رضایت دهند. این موافقتنامه از تاریخ امضا به مدت 12 ماه اعتبار دارد.

نام مدرسه: _____ سال / کلاس (به عنوان مثال 2B): _____

مشخصات دانش آموز

نام: _____ نام خانوادگی: _____

جنسیت: ☐ پسر ☐ دختر ☐ دیگر، لطفاً مشخص کنید _____ تاریخ تولد: ____ / ____ / ____

ضمایر شخصی ترجیحی دانش آموز کدامند؟ (اختیاری) _____

نشانی: _____

محلّه: _____ کد پستی: _____

اگر دانش آموزی هستید که برای خود رضایت می دهید، لطفاً موارد زیر را وارد کنید:

شماره تلفن: _____ ایمیل: _____

مشخصات والدین/سرپرست اضافی (اختیاری)

مشخصات والدین/سرپرست

نام: _____ نام: _____

نام خانوادگی: _____ نام خانوادگی: _____

نسبت با دانش آموز: _____ نسبت با دانش آموز: _____

شماره تلفن: _____ شماره تلفن: _____

ایمیل: _____ ایمیل: _____

آیا دانش آموز پناهجو یا پناهنده است ؟

☐ خیر، نه پناهجو و نه پناهنده☐ پناهنده☐ پناهجو☐ ترجیح می دهم نگویم

آیا دانش آموز بومی یا از جزیرهٔ تورس استریت است ؟

☐ خیر، نه بومی و نه از جزیره تورس استریت☐ بومی☐ از جزیره تورس استریت☐ بومی و از جزیره تورس استریت☐ ترجیح میدهم نگویمآیا مترجم مورد نیاز است؟ ☐ بله ☐ خیر

ترجیح میدهید چه زبانی باشد: _____

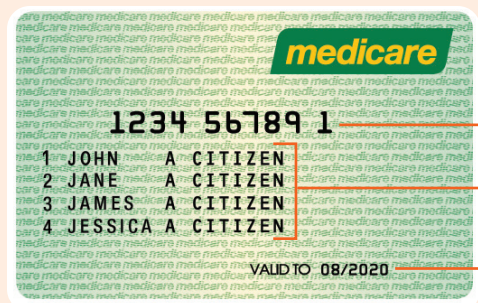
آیا دانش آموز در استرالیا متولد شده است؟ ☐ بله ☐ خیر، در چه کشوری متولد شده است؟ _____

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

شماره کارت مدیکر دانش آموز: _____

شماره رفرانس فردی: _____

تاریخ انقضا: _____



فرم رضایت مراجعه کننده با صدور صورتحساب انبوه را امضا کنید تا به Smile Squad اجازه دهید تا هزینه های تحت Medicare را مطالبه کند



Australian Government
Department of Health

فرم رضایت جهت صدور صورتحساب انبوه برای هزینه مزایای دندانپزشکی کودک

من، مراجعه کننده / قیم قانونی گواهی می دهم که در ارتباط با موارد زیر به من آگاهی داده شده است:

- درمانی که از این تاریخ تحت برنامه مزایای دندانپزشکی کودک ارائه شده یا خواهد شد؛
- هزینه احتمالی این درمان؛ و
- که بابت خدمات تحت برنامه مزایای دندانپزشکی کودک، صورتحساب بصورت انبوه دریافت خواهم کرد و هزینه های این خدمات را از جیب خود پرداخت نخواهم کرد، مشروط بر اینکه وجوه کافی زیر سقف مزایا قابل دسترسی باشد.

میدانم که من / مراجعه کننده فقط تا سقف مزایا به مزایای دندانپزشکی دسترسی خواهم داشت.

میدانم که ممکن است مزایا برای برخی از خدمات محدودیت هایی داشته باشد و اینکه برنامه مزایای دندانپزشکی کودک فقط طیف محدودی از خدمات را پوشش می دهد. درک میکنم که باید شخصاً هزینه های خدماتی را که تحت پوشش برنامه مزایای دندانپزشکی کودک نیستند، پرداخت کنم.

درک میکنم که هزینه خدمات، سقف مزایای موجود را کاهش می دهد و باید شخصاً هزینه های خدمات اضافی را پس از اتمام مزایا پرداخت کنم.

شمارهٔ رفرانس

امضای مراجعه کننده / قیم قانونی

شماره Medicare (مدیکر) مراجعه کننده

نام کامل شخص امضا کننده
(اگر غیر از مراجعه کننده است)

نام کامل مراجعه کننده

تاریخ

این فرم تا 31 دسامبر سالی که برای آن امضا شده است، معتبر است.

آیا دانش آموز آلرژی شناخته شده ای دارد؟

بله ☐ خیر ☐ اگر بله:

آنتی بیوتیک ها ☐ کازئین (پروتئین شیر) ☐ کلوفونی/روزین ☐ غذا ☐

لاستیک یا انواع نوار ☐ داروهای دیگر ☐ مورد دیگر ☐

آیا دانش آموز در حال حاضر دارویی مصرف می کند؟

بله ☐ خیر اگر بله، لطفاً نام، دوز و دفعات مصرف دارو را ذکر کنید ☐

آیا دانش آموز بیماری ریوی دارد؟

بله ☐ خیر ☐ اگر بله:

آسم ☐ در صورتی که در بیمارستان بستری بوده، ماه و سال را لیست کنید ☐

بیماری ریه ☐ سل ☐ مورد دیگر ☐

آیا دانش آموز مشکل قلبی و رگی دارد؟

بله ☐ خیر ☐ اگر بله:

نقص قلبی ☐ جراحی قلب ☐ بیماری روماتیسم قلبی ☐

فشار خون پایین یا بالا ☐ خونریزی زیاد یا اختلال خونی ☐ مورد دیگر ☐

آیا دانش آموز مشکل حسی، شناختی یا نیازهای اضافی (معلولیت) دارد؟

بله ☐ خیر ☐ اگر بله:

اضطراب یا افسردگی ☐ اختلال کم توجهی ☐ اختلال طیف اوتیسم ☐ فیزیکی (از جمله نیاز به دسترسی به صندلی چرخدار) ☐

ذهنی ☐ اختلال بینایی یا شنوایی ☐ مورد دیگر ☐

آیا دانش آموز مشکل سلامتی یا پزشکی دیگری دارد؟

بله ☐ خیر ☐ اگر بله:

دیابت نوع 1 ☐ دیابت نوع 2 ☐ سرطان ☐ مشکل پزشکی مزمن (مانند سکنه مغزی، آرتروز) ☐

بیماری کلیوی ☐ بیماری کبد ☐ تشنج یا صرع ☐ جراحی های دیگر (مانند پیوند عضو، مفصل مصنوعی) ☐

مورد دیگر ☐

آیا ممکن است دانش آموز باردار باشد؟

بله ☐ خیر ☐ نامربوط ☐

آیا دانش آموز از فرآورده های تنباکو (سیگار) یا سیگار الکترونیکی (ویپینگ) استفاده می کند؟

بله ☐ خیر ☐ نامربوط ☐

سیگار ☐ سیگار الکترونیکی ☐ مورد دیگر ☐

آیا دانش آموز الکل مصرف می کند؟

بله ☐ خیر ☐ نامربوط ☐

اگر به یکی از موارد بالا پاسخ "مورد دیگر" دادید، لطفاً توضیح دهید.

سؤالات زیر را بخاطر این میپرسیم که ما را در درک بیشتر دانش آموز و تهیه بهترین برنامه برای او کمک کند.

آیا دانش آموز در قسمت دهان درد دارد (مثلاً به دلیل دندان درد، با مشکل خواب مواجه است)؟	☐ بله	☐ خیر
آیا دانش آموز به دلیل معضل دندان یا دهان، در خوردن یا نوشیدن با مشکل مواجه است؟	☐ بله	☐ خیر
آیا دانش آموز به دلیل معضل دندان یا دهان در صحبت کردن واضح مشکل دارد؟	☐ بله	☐ خیر
آیا دانش آموز به دلیل معضل دندان یا دهان، مدرسه یا فعالیت های دیگر را از دست داده است؟	☐ بله	☐ خیر
آیا دانش آموز به دلیل معضل دندان یا دهان تبسم نمیکند، نمی خندد و یا وقتی با دانش آموزان دیگر است، از نشان دادن دندان اجتناب میکند؟	☐ بله	☐ خیر
آیا دندان های دانش آموز را قبلاً چک کرده اند؟	☐ بله	☐ خیر

اگر بله، تاریخ آن در صورت مشخص بودن

آیا دانش آموز در سه سال گذشته به دلیل پوسیدگی دندان، آنرا پر کرده یا دندانش را کشیده است؟	☐ بله	☐ خیر	☐ مطمئن نیستم	
دانش آموز هر چند وقت یک بار 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 هرگز

دانش آموز هر چند وقت یک بار دندان های خود را با خمیر دندان مسواک 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 دانش آموز در طول ویزیت های قبلی دندانپزشکی یا بعد از آن، ترس یا حساسیت یا تجربه منفی داشته است که ما باید در مورد آن آگاه باشیم؟	☐ بله	☐ خیر
آیا برای کمک به تحمل بهتر دانش آموز، از شیوه ها یا حمایت هایی استفاده می شود؟ به عنوان مثال، اسباب بازی مورد علاقه، برنامه 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 فردی که در یک خانه با دانش آموز زندگی می کند، مشکل عمده ای با دندان ها و/یا لثه های خود دارد؟	☐ بله	☐ خیر	☐ مطمئن نیستم
--	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

آیا چیز دیگری وجود دارد که مایلید ما قبل از بررسی دندان و دهان دانش آموز بدانیم؟ اگر بله، لطفاً جزئیات را در زیر ارائه دهید.	☐ بله	☐ خیر
--	------------------------------	------------------------------