SMILE SQUAD

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਮੁਫ਼ਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ

dental health services victoria

VICTORIA State Government

ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਮੁਫ਼ਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਜਲਦੀ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੂਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਵਿਕਟੋਰੀਆ ਸਰਕਾਰ ਦਾ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿਕਟੋਰੀਆ ਦੇ ਸਾਰੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਕੂਲਾਂ ਦੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ। ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਪੈਕ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਵਾਪਸ ਕਰੋ ਤਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ ਖੁੰਝ ਨਾ ਜਾਵੇ।

ਸਾਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂਚ
- ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤਮੰਦ ਰੱਖਣ ਲਈ ਰੋਕਥਾਮ ਸੇਵਾਵਾਂ
- ਆਮ ਇਲਾਜ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)

ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਸਤੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ:

- **ਈ-ਮੇਲ:** smilesquad@dhsv.org.au
- **ਫ਼ੋਨ:** 1300 503 977
- **ਵੇਖੋ:** www.health.vic.gov.au/smile-squad

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ:

1. **ਇਸ** ਪੈਕ ਵਿਚਲੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ।
2. **ਸਾਰੇ** ਫਾਰਮ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਭਰਕੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ:
   - ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ (ਸਫ਼ਾ 4)
   - ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਸਫ਼ਾ 5)
   - ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ ਬਲਕ ਬਿਲਿੰਗ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ (ਵਿਕਲਪਕ) (ਸਫ਼ਾ 6)
   - ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ (ਸਫ਼ਾ 7)
   - ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ (ਸਫ਼ਾ 8)
3. **ਜਿੰਨੀ** ਜਲਦੀ ਹੋ ਸਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਓ।
4. **ਇਸ** ਪੈਕ ਵਿੱਚਲੀ ਦੂਸਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਹਵਾਲੇ ਵਾਸਤੇ ਸੰਭਾਲ ਕੇ ਰੱਖੋ।

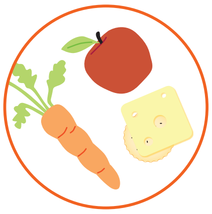
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਭਰੋ।

ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਹੋਰਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਨ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਲਈ ਵੇਖੋ: www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad **ਜਾਂ QR ਕੋਡ ਨੂੰ ਸਕੈਨ ਕਰੋ।**

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕੇਵਲ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਾਲਾ ਸੰਸਕਰਣ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

ਵਧੀਆ ਖਾਓ, ਵਧੀਆ ਪੀਓ, ਵਧੀਆ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਕਰੋ



ਤਾਜ਼ੇ ਭੋਜਨਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮਿੱਠੇ ਭੋਜਨਾਂ, ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਅਤੇ ਮਿਠਿਆਈਆਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰੋ

ਬਹੁਤ ਸਾਰਾ ਟੂਟੀ ਦਾ ਪਾਣੀ ਪੀਓ

ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਵਾਲੇ ਟੁੱਥਪੇਸਟ ਨਾਲ ਸਵੇਰ ਵੇਲੇ ਅਤੇ ਰਾਤ ਨੂੰ ਬੁਰਸ਼ ਕਰੋ

ਕੀ ਕੋਈ ਲਾਗਤ ਹੈ?

ਨਹੀਂ। ਇਹ ਸਾਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਵਾਸਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ, ਜੋ ਵਿਕਟੋਰੀਆ ਦੀ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਵਾਪਸੀ ਸਲਾਹ (ਫੀਡਬੈਕ)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕੀ (ਚੰਗਾ ਜਾਂ ਮਾੜਾ) ਸੋਚਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਵਾਪਸੀ ਸਲਾਹ smilesquad@dhsv.org.au ਨੂੰ ਈਮੇਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵਿਕਟੋਰੀਆ ਦੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਕੂਲਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ (ਚੈੱਕ-ਅੱਪ)

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਦੰਦਾਂ, ਮਸੂੜਿਆਂ, ਜਬਾੜੇ ਅਤੇ ਮੂੰਹ ਦੀ ਜਾਂਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਫਾਇਦੇ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੂੰਹ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ/ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਬਣਦੀਆਂ ਹਨ। ਬਕਾਇਦਾ ਜਾਂਚਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਲੱਭਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕਾ ਹਨ। ਇਕ ਵਾਰ ਜਦ ਅਸੀਂ ਜਾਣ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਵਾਪਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਵਾਸਤੇ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜੇ ਉਹ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਲਾਭ ਪਹੁੰਚਾਉਣਗੀਆਂ:

ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਐਕਸਰੇ

ਐਕਸ-ਰੇ ਮਸ਼ੀਨ ਇਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀ ਵਾਪਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਮੂੰਹ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਫ਼ਿਲਮਨੁਮਾ ਪਰਚੀ ਰੱਖ ਕੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਐਕਸਰੇ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।

ਫਾਇਦੇ: ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਐਕਸਰੇ ਸਾਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਬਾਰੇ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨੰਗੀ ਅੱਖ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਵੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਐਕਸਰੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਗਲਣ-ਸੜਨ, ਲਾਗ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਖ਼ਤਰੇ: ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਐਕਸਰੇ ਬਹੁਤ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਐਕਸਰੇ ਵਿੱਚ ਹਵਾਈ ਜਹਾਜ਼ ਦੀ ਉਡਾਣ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਲਗਾਉਣੀ

ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਇਕ ਰੋਕਥਾਮ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਫਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ 'ਤੇ ਲਗਾਉਣਾ ਬਹੁਤ ਆਸਾਨ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁੱਝ ਕੁ ਮਿੰਟ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਵਾਰਨਿਸ਼ ਦੰਦਾਂ ਨਾਲ ਚਿਪਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬੁਰਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਫਾਇਦੇ: ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਇਕ ਆਮ ਖਣਿਜ ਹੈ ਜੋ ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਸੜਨ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੜਨ ਦੀ ਦਰ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਖ਼ਤਰੇ: ਹਾਲਾਂਕਿ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ, ਕੁੱਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਵਿਚਲੇ ਤੱਤ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੋਲੋਫ਼ਨੀ/ਰੋਜ਼ਿਨ, ਕੈਸੀਨ (ਦੁੱਧ ਦਾ ਪ੍ਰੋਟੀਨ) ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਦਮੇ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸ਼ਾਇਦ ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਲਗਵਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ।

ਦਰਾੜ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵਾਲੇ (ਫਿਸ਼ਰ ਸੀਲੈਂਟਸ)

ਸੀਲੈਂਟ ਇਕ ਪਰਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਵਿਚਲੀਆਂ ਦਰਾੜਾਂ (ਫਿਸ਼ਰਾਂ) 'ਤੇ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾੜ੍ਹਾਂ (ਮੋਲਰ ਦੰਦਾਂ) ਉਪਰ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਫਾਇਦੇ: ਸੀਲੈਂਟ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾੜਾਂ ਨੂੰ ਢੱਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਕੀਟਾਣੂਆਂ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਫਸਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਦਰਾੜਾਂ ਵਿੱਚ ਸੜਨ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਅਤੇ ਫ਼ੈਲਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੀਲੈਂਟ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸੀਲੈਂਟ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਖਰਾਬ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਭਰਨ ਦੀ ਜਾਂ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ

ਜਦ ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਬੁਰਸ਼ ਕਰਨਾ ਕਰੇੜੇ (ਸਖ਼ਤ ਪੇਪੜੀ) ਜਾਂ ਸਖ਼ਤ ਧੱਬਿਆਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਹਟਾ ਸਕਦਾ ਤਾਂ ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਵਾਧੂ ਸਫ਼ਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਫਾਇਦੇ: ਅਸੀਂ ਕਰੇੜੇ ਨੂੰ ਹਟਾ ਕੇ ਮਸੂੜਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਮਸੂੜਿਆਂ ਨੂੰ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਗਲਾ ਇਲਾਜ

ਜੇ ਵਾਧੂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੇਗਾ।

ਅਕਸਰ ਪੁੱਛੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਵਾਲ

ਕੀ ਮਾਪਿਆਂ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤਾਂ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਕਿਸੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਤੈਅ-ਮੁਲਾਕਾਤ ਸਮੇਂ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਮਾਪਿਆਂ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤਾਂ, ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਦਾ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣ ਲਈ ਸਵਾਗਤ ਹੈ ਜੇਕਰ ਉਹ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਕੋਈ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਵਧੇਰੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮਾਪੇ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਆਉਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਕਿਸੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੇ ਹਾਲੀਆ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜੇ ਕਿਸੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੇ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਮੁਲਾਕਾਤ ਕੀਤੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਦੁਆਰਾ ਦੁਬਾਰਾ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਐਕਸਰੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਰੋਕਥਾਮਕਾਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਨਾ ਪਵੇ।

ਉਦੋਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੇ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਦੇ ਦੌਰੇ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਹਾਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੈ?

ਜੇ ਕੋਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਹਾਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦਿਨ ਮਿਲਾਂਗੇ ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਭਾਈਚਾਰੇ ਦੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਏਜੰਸੀ ਵਿਖੇ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਜੇ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਭਾਈਚਾਰਕ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਲੱਭੋ: https://www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

ਸਹਿਮਤੀ ਕੌਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਮਾਪੇ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਂ ਸਿਆਣੀ ਉਮਰ ਦੇ ਨਾਬਾਲਗ ਇਹਨਾਂ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸਿਆਣੇ ਨਾਬਾਲਗ ਮੰਨੇ ਜਾਣ ਲਈ, ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਖਤਰਿਆਂ, ਫਾਇਦਿਆਂ, ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਿਤ ਉਲਝਣਾਂ ਦੀ ਕਾਫ਼ੀ ਸਮਝ ਹੈ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਤਜਵੀਜ਼ ਲਈ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ।

ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਕੁੱਝ ਕੁ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇ, ਪਰ ਕੁੱਝ ਕੁ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਾ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇ। ਜਿੱਥੇ ਕਿਤੇ ਕਿਸੇ ਸੈਕੰਡਰੀ ਸਕੂਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਸਿਆਣਾ ਨਾਬਾਲਗ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ, ਉੱਥੇ ਉਹ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਗੇ।

ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ (ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ) (CDBS)

ਕੁੱਝ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਾਹੀਂ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆ ਦੀ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ (CDBS) ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ CDBS ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆ ਦੀ ਸਰਕਾਰ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ (CDBS) ਕੀ ਹੈ?
CDBS ਇਕ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ ਜੋ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਵਿੱਚ ਯੋਗ 0-17 ਸਾਲ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਮੁੱਢਲੀ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਆਪਣੇ CDBS ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ
- ਵਿਕਟੋਰੀਆ ਦੇ ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿਖੇ
- ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿਖੇ

ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਯੋਗ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਲਈ CDBS ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇਗਾ।

ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ CDBS ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਫਿਰ ਵੀ ਹਰ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਤੋਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਮੁਫ਼ਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ। **ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੋਈ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।**

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਥੋਕ-ਬਿਲਿੰਗ CDBS ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਅਧੀਨ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਵਿਕਟੋਰੀਆ ਵਾਸੀਆਂ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ ਲਈ ਥੋਕ-ਬਿਲਿੰਗ ਦੀ ਲਾਗਤ
ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਦੀ ਸ਼ਰਤ ਅਨੁਸਾਰ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ CDBS ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਰਕਮਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ CDBS ਵਿੱਚੋਂ ਲਾਭ ਵਜੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਦੀ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਕਮ ਵਿੱਚੋਂ ਲਈਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ:

ਸੇਵਾ	CDBS ਥੋਕ-ਬਿੱਲ ਵਾਲੀ ਫੀਸ	ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ (ਚੈੱਕ-ਅੱਪ)	59.60 ਡਾਲਰ	0.00 ਡਾਲਰ
ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਐਕਸਰੇ (ਜੇ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ)	34.50 ਡਾਲਰ ਪ੍ਰਤੀ ਐਕਸਰੇ	0.00 ਡਾਲਰ
ਦਰਾੜ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵਾਲੇ (ਫਿਸ਼ਰ ਸੀਲੈਂਟਸ) (ਜੇ ਲੋੜ ਪਵੇ)	ਪ੍ਰਤੀ ਦੰਦ 52.15 ਡਾਲਰ (ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ)	0.00 ਡਾਲਰ
ਦੰਦ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਨਾ (ਜੇ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ)	ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਫ਼ਾਈ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਨ ਅਨੁਸਾਰ 101.55 ਡਾਲਰ (ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ)	0.00 ਡਾਲਰ
ਸਾਰੇ ਦੰਦਾਂ 'ਤੇ ਫਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਲਗਾਉਣੀ (ਜੇ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ)	ਇਕ ਵਾਰੀ ਲਗਾਉਣ ਲਈ 39.15 ਡਾਲਰ (12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੋ ਵਾਰੀ ਤੱਕ ਲਗਾਉਣਾ)	0.00 ਡਾਲਰ

ਪਰਦੇਦਾਰੀ

ਡੈਂਟਲ ਹੈਲਥ ਸਰਵਿਸਜ਼ ਵਿਕਟੋਰੀਆ (DHSV) ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਭਾਈਚਾਰਕ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਭਾਈਵਾਲੀ ਵਿੱਚ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਨੂੰ ਚਲਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। DHSV ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ। DHSV ਤੁਹਾਡੀ ਪਰਦੇਦਾਰੀ ਦਾ ਆਦਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਵਚਨਬੱਧ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ *ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਕਾਨੂੰਨ ਅਤੇ ਪਰਦੇਦਾਰੀ ਅਤੇ ਡੈਟਾ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਾਨੂੰਨ* ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੰਭਾਲਾਂਗੇ।

ਕੁਝ ਸਮਿਆਂ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਦੀ ਖੋਜ ਅਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਅੰਕੜੇ ਅਤੇ ਵਾਪਸੀ ਸਲਾਹ ਇਕੱਠੀ ਕਰਾਂਗੇ। ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਨੂੰ ਗੁੰਮਨਾਮ ਰੱਖਾਂਗੇ।

ਸਾਨੂੰ ਗੁੰਮਨਾਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਰਕਾਰੀ ਅਦਾਰਿਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ DHSV, ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ, ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਵਿਚਕਾਰ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਰਾਂਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਵਿਕਟੋਰੀਆ ਦੇ ਸਕੂਲ ਵਿਖੇ ਸਾਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਦੀ ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਇਕੱਠਿਆਂ ਸਿੱਖ ਸਕੀਏ। ਅਸੀਂ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦੇਵਾਂਗੇ।

DHSV ਦੇ ਪੂਰੇ ਪਰਦੇਦਾਰੀ ਕਥਨ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਲਈ www.dhsv.org.au/privacy 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ QR ਕੋਡ ਨੂੰ ਸਕੈਨ ਕਰੋ:

ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ
ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਨਕਲ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਅਨ ਕਮਿਸ਼ਨ ਆਨ ਸੇਫਟੀ ਐਂਡ ਕੁਆਲਿਟੀ ਇਨ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ (ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆ ਦਾ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਗੁਣਵੱਤਾ ਲਈ ਕਮਿਸ਼ਨ) ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ

ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________________ **ਗਰੇਡ/ਜਮਾਤ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ 2B):** ______________________________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ: ______________________________ **ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਜਨਮ ਤਰੀਕ:** ____ / ____ / ____

ਮੈਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਸਕੂਲ ਡੈਂਟਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ:

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ (ਚੈੱਕ-ਅੱਪ) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਨੋਟ: ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਣ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ "ਹਾਂ" ਕਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਐਕਸ-ਰੇ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਫ਼ਲੋਰਾਈਡ ਵਾਰਨਿਸ਼ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਫ਼ਿਸ਼ਰ ਸੀਲੈਂਟ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਅਸੀਂ ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਵਾਲੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਦੀ ਅਗਲੀ ਪੀੜ੍ਹੀ ਨੂੰ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ/ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੁਆਰਾ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਯੋਗਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਕਲੀਨਿਸ਼ਨ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦੰਦਾਂ/ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੁਆਰਾ ਦੇਖੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ, ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਨੂੰ ਉਹ ਸਾਰੀ ਸਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜੋ ਉਚਿਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ।

ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋਏ, ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਇਸ ਪੈਕ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ।
ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ:

ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਮੈਂ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਫਾਇਦੇ ਅਤੇ ਖ਼ਤਰੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਿੱਥੇ ਹੋਣਗੀਆਂ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕੌਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗਾ। ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸੰਭਾਲ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਕ ਸਮਾਈਲ ਸਕੁਐਡ ਕਲੀਨਿਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸਕੂਲੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਕਿਸੇ ਮਾਪੇ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਸਕੂਲ ਵਿਖੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵਧੀਕ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਸਕੂਲ ਵਿਖੇ ਪ੍ਰਬੰਧ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।

ਪਰਦੇਦਾਰੀ

ਮੈਂ ਇਸ ਪੁਲੰਦੇ ਵਿਚਲੀ ਪਰਦੇਦਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਿਵੇਂ ਕਰੇਗਾ।

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਵਿਦਿਆਰਥੀ* ਦੇ ਦਸਤਖਤ: ____

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਵਿਦਿਆਰਥੀ* ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ: ______________________________ **ਤਰੀਕ:** ____ / ____ /

* 18 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ, ਅਤੇ ਉਹ ਲੋਕ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਦੇ ਮਕਸਦ ਵਾਸਤੇ ਸਿਆਣਾ ਨਾਬਾਲਗ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਆਪਣੇ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਵੈਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________ ਗਰੇਡ / ਜਮਾਤ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ 2B): ______________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ: ______________________ ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ: ______________________

ਲਿੰਗ: ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ ☐ **ਹੋਰ,** ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ______________ ਜਨਮ ਤਰੀਕ ਦੱਸੋ: ____ / ____ / ____

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਪਸੰਦੀਦਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਰਵਨਾਮ ਕੀ ਹਨ? (ਵਿਕਲਪਕ) ______________________

ਪਤਾ: ____

ਉਪਨਗਰ: ______________________ ਪੋਸਟਕੋਡ: ______________________

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ ਜੋ ਆਪਣੇ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ:

ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: ______________________ ਈਮੇਲ: ______________________

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ: ______________________

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ: ______________________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: ______________________

ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: ______________________

ਈਮੇਲ: ______________________

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਵਧੀਕ ਵੇਰਵੇ (ਵਿਕਲਪਕ)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ: ______________________

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ: ______________________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: ______________________

ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: ______________________

ਈਮੇਲ: ______________________

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਆਦਿਵਾਸੀ ਜਾਂ ਟੋਰੈੱਸ ਸਟ੍ਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ ਹੈ?

- ☐ ਨਹੀਂ, ਨਾ ਤਾਂ ਆਦਿਵਾਸੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਟੋਰੈੱਸ ਸਟ੍ਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ
- ☐ ਆਦਿਵਾਸੀ
- ☐ ਟੋਰੈੱਸ ਸਟ੍ਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ
- ☐ ਆਦਿਵਾਸੀ ਅਤੇ ਟੋਰੈੱਸ ਸਟ੍ਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ
- ☐ ਦੱਸਣਾ ਪਸੰਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਪਨਾਹ ਮੰਗਣ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ ਹੈ?

- ☐ ਨਹੀਂ, ਨਾ ਤਾਂ ਪਨਾਹ ਮੰਗਣ ਵਾਲਾ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ
- ☐ ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ
- ☐ ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ
- ☐ ਦੱਸਣਾ ਪਸੰਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ

ਕੀ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ: ______________________

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਜਨਮ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆ ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ ਸੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ, ਉਹ ਕਿਸ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਪੈਦਾ ਹੋਏ ਸਨ? ______________

ਜੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਕਾਰਡ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਖਾਲੀ ਛੱਡ ਦਿਓ।

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਹਵਾਲਾ ਨੰਬਰ: ☐

ਮਿਆਦ ਪੁੱਗਣ ਦੀ ਤਰੀਕ: ☐☐ / ☐☐☐☐

ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਕਿਤਾਬਚਾ ਹੈ
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਭਰਕੇ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ

Australian Government

Department of Health

ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ
ਥੋਕ-ਬਿਲਿੰਗ ਮਰੀਜ਼ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

ਮੈਂ, ਮਰੀਜ਼ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਇਹ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ:

- ਉਸ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜੋ ਇਸ ਤਰੀਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਲ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ (ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ) ਦੇ ਅਧੀਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ;
- ਇਸ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸੰਭਾਵਿਤ ਲਾਗਤ ਬਾਰੇ; ਅਤੇ
- ਕਿ ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਮੈਨੂੰ ਥੋਕ-ਬਿੱਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਆਪਣੀ ਜੇਬ ਵਿੱਚੋਂ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗਾ/ਗੀ, ਬਸ਼ਰਤੇ ਕਿ ਲਾਭ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਾਫੀ ਸਾਰੇ ਫ਼ੰਡ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ/ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਕੇਵਲ ਲਾਭ ਸੀਮਾ ਤੱਕ ਹੀ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਕੁ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਬਾਲ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸੀਮਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹੀ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਦੀ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੂਰਤੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ ਜੋ ਚਾਈਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲਾਗਤ ਉਪਲਬਧ ਲਾਭ ਸੀਮਾ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰ ਦੇਵੇਗੀ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਇਕ ਵਾਰ ਜਦ ਲਾਭ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਵਧੀਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ।

ਹਵਾਲਾ #

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐

____

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਨੰਬਰ

____

ਮਰੀਜ਼ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

____

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ

____

ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ)

____

ਤਰੀਕ

ਇਹ ਫਾਰਮ ਉਸ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਦੇ 31 ਦਸੰਬਰ ਤੱਕ ਵੈਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ।

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਜਾਣੀ-ਪਛਾਣੀ ਐਲਰਜੀਆਂ ਹਨ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ **ਜੇ ਹਾਂ:**

☐ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ☐ ਕੈਸੀਨ (ਦੁੱਧ ਦਾ ਪ੍ਰੋਟੀਨ) ☐ ਕੋਲੋਫ਼ਨੀ/ਰੋਜ਼ਿਨ ☐ ਭੋਜਨ

☐ ਰਬੜ (ਲੇਟੈਕਸ) ਜਾਂ ਟੇਪਾਂ ☐ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ☐ ਹੋਰ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਇਸ ਸਮੇਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ **ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਵਾਈ ਦਾ ਨਾਮ, ਖ਼ੁਰਾਕ ਅਤੇ ਕਿੰਨ੍ਹੀ ਵਾਰ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ**

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀਆਂ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ **ਜੇ ਹਾਂ:**

☐ ਦਮਾ → ਜੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਹੀਨਾ ਅਤੇ ਸਾਲ ਲਿਖੋ

☐ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਤਪਦਿਕ ☐ ਹੋਰ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਦਿਲ (ਕਾਰਡੀਓਵੈਸਕੁਲਰ) ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ **ਜੇ ਹਾਂ:**

☐ ਦਿਲ ਵਿੱਚ ਨੁਕਸ ☐ ਦਿਲ ਦਾ ਔਪਰੇਸ਼ਨ ☐ ਰਿਊਮੈਟਿਕ ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ

☐ ਲਹੂ ਦਾ ਘੱਟ ਜਾਂ ਵੱਧ ਦਬਾਅ (ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ) ☐ ਹੱਦੋਂ ਵੱਧ ਖ਼ੂਨ ਵਗਣਾ ਜਾਂ ਖ਼ੂਨ ਦਾ ਵਿਕਾਰ ☐ ਹੋਰ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀਆਂ ਕੋਈ ਸੰਵੇਦੀ, ਬੌਧਿਕ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਜਾਂ ਵਾਧੂ ਲੋੜਾਂ (ਅਪੰਗਤਾ) ਹਨ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ **ਜੇ ਹਾਂ:**

☐ ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਉਦਾਸੀਨਤਾ (ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ) ☐ ਧਿਆਨ ਦੀ ਘਾਟ ਦੇ ਵਿਕਾਰ ☐ ਔਟਿਜ਼ਮ ਸਪੈਕਟ੍ਰਮ ਵਿਕਾਰ ☐ ਸਰੀਰਕ (ਵ੍ਹੀਲਚੇਅਰ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਲੋੜ ਸਮੇਤ)

☐ ਬੌਧਿਕ ☐ ਨਜ਼ਰ ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ☐ ਹੋਰ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ **ਜੇ ਹਾਂ:**

☐ ਟਾਈਪ 1 ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ (ਸ਼ੱਕਰ-ਰੋਗ) ☐ ਟਾਈਪ 2 ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ (ਸ਼ੱਕਰ-ਰੋਗ) ☐ ਕੈਂਸਰ ☐ ਚਿਰਕਾਲੀਨ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੱਸਿਆ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਟ੍ਰੋਕ, ਗਠੀਆ)

☐ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਦੰਦਲਾਂ ਪੈਣੀਆਂ ਜਾਂ ਮਿਰਗੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਹੋਰ ਔਪਰੇਸ਼ਨ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅੰਗ ਬਦਲਾਉਣਾ, ਬਣਾਵਟੀ ਜੋੜ)

☐ ਹੋਰ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥਣ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ (ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ) ਈ-ਸਿਗਰਟ (ਵੇਪਿੰਗ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

ਜੇ ਹਾਂ: ☐ ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ☐ ਵੇਪਿੰਗ ☐ ਹੋਰ

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਂਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ **ਹੋਰ** ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ।

ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਤਾਬਚਾ ਹੈ
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਾਪਤ ਫਾਰਮ ਦੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਰੂਪ ਨੂੰ ਭਰਕੇ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ

ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

ਅਸੀਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਸਮਝਣ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਯੋਜਨਾ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ।

ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਮੂੰਹ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੈ? (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਕਰਕੇ ਸੌਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ)	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਜਾਂ ਮੂੰਹ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਖਾਣ ਜਾਂ ਪੀਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਜਾਂ ਮੂੰਹ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬੋਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਜਾਂ ਮੂੰਹ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਕਰਕੇ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਤੋਂ ਖੁੰਝ ਗਿਆ ਹੈ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਜਾਂ ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਕਰਕੇ ਹੋਰਨਾਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਮੁਸਕਰਾਉਂਦਾ, ਹੱਸਦਾ ਜਾਂ ਦੰਦ ਨਹੀਂ ਵਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਈ ਹੈ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤਰੀਕ ਲਿਖੋ
ਕੀ ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਕਰਕੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਕੋਈ ਦੰਦ ਭਰੇ ਗਏ ਹਨ ਜਾਂ ਕੱਢੇ ਗਏ ਹਨ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਮੈਨੂੰ ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਿੰਨੇ ਕੁ ਵਾਰੀ ਖੰਡ ਮਿਲੇ ਮਿੱਠੇ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥ (ਡਰਿੰਕ) ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਫਲਾਂ ਦਾ ਜੂਸ, ਸੌਫਟ ਡ੍ਰਿੰਕ ਜਾਂ ਕੋਰਡੀਅਲ ਪੀਂਦਾ ਹੈ?	☐ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਤਿੰਨ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਵਾਰ ☐ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਇਕ ਜਾਂ ਦੋ ਵਾਰ ☐ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵਾਰ ☐ ਲਗਭਗ ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਿੰਨੇ ਕੁ ਵਾਰੀ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਟੁੱਥਪੇਸਟ ਨਾਲ ਬੁਰਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ?	☐ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਇਕ ਵਾਰ (ਸਵੇਰੇ) ☐ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ (ਸ਼ਾਮੀ) ☐ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ☐ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਇਕ ਤੋਂ ਘੱਟ ਵਾਰ ☐ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਦੋ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਪਿਛਲੀਆਂ ਫੇਰੀਆਂ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਡਰ ਜਾਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾਵਾਂ, ਜਾਂ ਮਾੜੇ ਤਜ਼ਰਬੇ ਹੋਏ ਹਨ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਸਾਨੂੰ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਇਸ ਨਾਲ ਬਿਹਤਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਨਿਪਟਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਰਣਨੀਤੀਆਂ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਸੰਦੀਦਾ ਖਿਡੌਣਾ, ਆਈਫ਼ੋਨ ਐਪ, ਕਿਤਾਬ (ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਲਈ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਓ)	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਲ ਉਸੇ ਮਕਾਨ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਜੀਅ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਸੂੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਕਰਯੋਗ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਮੈਨੂੰ ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ
ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਅਤੇ ਮੂੰਹ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੋਗੇ? ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ:	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਕਿਤਾਬ ਹੈ