SMILE SQUAD

නොමිලේ දන්ත වෛද්‍ය සේවාව

dental health services victoria

VICTORIA State Government

Smile Squad නොමිලේ පාසල් දන්ත සෞඛ්‍ය වැඩසටහන

Smile Squad ඔබේ පාසලට නුදුරේම පැමිණෙනු ඇත

වික්ටෝරියානු රජයේ පාසල් දන්ත සෞඛ්‍ය වැඩසටහන වික්ටෝරියානු රජයේ පාසල්වල සියලුම ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවන්ට නොමිලේ ලබාදේ. ඔබේ පවුලේ අවස්ථාව මඟ නොහැරීමට මෙම පැකේජය අත්සන් කර නැවත එවීමට කටයුතු කරන්න.

සියලුම ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවන්ට මේවා ලබාගත හැකිය:

- නොමිලේ දන්ත සෞඛ්‍ය පරීක්ෂාවක්
- දත් නිරෝගීව තබා ගැනීම සඳහා වැළැක්වීමේ සේවාවන්
- සාමාන්‍ය ප්‍රතිකාර (අවශ්‍ය නම්)

වැඩි විස්තර සඳහා, හෝ ඔබට පෝරම පිරවීමට උදව් අවශ්‍ය නම්:

- **ඊමේල්: smilesquad@dhsv.org.au**
- **දුරකථන : 1300 503 977**
- **බලන්න: www.health.vic.gov.au/smile-squad**

ඔබ කළ යුත්තේ කුමක්ද:

1. මෙම පැකේජයේ ඇති සියලුම තොරතුරු **කියවන්න.**
2. සියළුම පෝරම ඉංග්‍රීසියෙන් **පුරවා** අත්සන් කරන්න:
   - කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමය (p4)
   - ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවගේ තොරතුරු (p5)
   - ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහනට අනුව තොග බිල්පත් (bulk billing) සඳහා රෝගියාගේ කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමය (අමතර) (p6)
   - වෛද්‍ය ඉතිහාසය (p7)
   - දන්ත සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය (p8)
3. හැකිතාක් ඉක්මනින් පෝරමය **නැවත** පාසලට බාරදෙන්න.
4. මෙම පැකේජයේ ඇති අනෙක් සියලුම තොරතුරු පරිශීලනය සඳහා **තබාගන්න**.

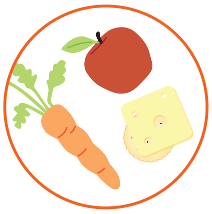
කරුණාකර සියලු පෝරමයන් කැපිටල් අකුරෙන් සම්පූර්ණ කරන්න.

මෙම කැමැත්ත ප්‍රකාශකිරීමේ පෝරමය වෙනත් භාෂාවලින් ද කියවීමට ඇත.

බලන්න: www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad හෝ පරිවර්තනය කළ පෝරම සඳහා QR කේතය ස්කෑන් කරන්න.

කරුණාකර ඉංග්‍රීසි අනුවාදය පමණක් ලබාදෙන්න.

හොඳින් ආහාර ගන්න, හොඳින් බීම ගන්න, හොඳින් පිරිසිදු කරන්න



නැවුම් ආහාර තෝරන්න සහ සීනි සහිත ආහාර, බීම සහ රසකැවිලි සීමා කරන්න

නළ ජලය ප්‍රමාණවත් තරම් බොන්න

උදේ සහ රාත්‍රියේ ෆ්ලෝරයිඩ් දන්තාලේපයකින් මදින්න

එයට යමක් වැයවන්නේද?

නැත. මෙය වික්ටෝරියානු රජය විසින් සියලුම සිසුන් සඳහා නොමිලේ ලබා දෙන සේවාවකි.

අදහස් ලබාදීම

කරුණාකර ඔබ සිතන්නේ කුමක්ද (හොඳ හෝ නරක) බව, ඕනෑම අවස්ථාවක අපට කියන්න. ඔබගේ අදහස් smilesquad@dhsv.org.au වෙත ඊමේල් කළ හැක.

දන්ත වෛද්‍ය සේවා

Smile Squad විසින් වික්ටෝරියානු රජයේ පාසල්වල ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවන්ට සුදුසුකම් ලත් වෘත්තිකයන් විසින් නොමිලේ දන්ත වෛද්‍ය සේවා සපයයි.

දන්ත පරීක්ෂණය (පරීක්ෂාව)

දන්ත වෛද්‍ය පරීක්ෂාවට දත්, විදුරුමස, හකු සහ මුඛ පරීක්ෂාවන් අඩංගු වේ.

ප්‍රතිලාභ: බොහෝ මුඛ රෝග/දන්ත ගැටලු මුල් අවස්ථාවේ කිසිදු වේදනාවක් ඇති නොකරයි. ප්‍රශ්න ඉක්මනින් සොයා ගැනීමට ඇති හොඳම ක්‍රමය නිරතුරු සාමාන්‍ය පරීක්ෂා කිරීමයි. සිදුවන්නේ කුමක්ද යන්න දැනගත් පසු, අපට ප්‍රතිකාර සඳහා සැලසුම් කළ හැක.

ඔබ කැමැත්ත ලබා දෙන්නේ නම්, මේවාගෙන් ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවන්ට ප්‍රතිලාභයක් ඇත්නම්, පහත සේවාවන් සැපයිය හැකිය:

දත්වල x-කිරණ

x-කිරණ යන්ත්‍රයක් මගින් ශරීරයේ අභ්‍යන්තරයේ සිදුවන දේ පිළිබඳ පින්තූරයක් නිර්මාණය කිරීමට විකිරණ භාවිතා කරයි.

අපි මුඛය තුළට දමා ඇති කුඩා පටලයක් භාවිතයෙන් දත් x-කිරණ ලබා ගනිමු.

ප්‍රතිලාභ: දන්ත x-කිරණ මගින් පියවි ඇසට නොපෙනෙන දත් පිළිබඳ තොරතුරු අපට ලබා දේ. X-කිරණවලින් දත් දිරායාම, ආසාදන සහ වෙනත් ගැටලු සොයාගත හැකිය.

අවදානම්: කිරණ ඉතා ආරක්ෂිතයි. සාමාන්‍යයෙන් අප ගන්නා x-කිරණවල විකිරණ, ගුවන් යානයක විකිරණ ප්‍රමාණයට වඩා අඩුය.

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් යෙදුම

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් අවම වශයෙන් සෑම මාස හයකට වරක් යෙදුවහොත් වඩාත් හොඳින් ක්‍රියා කරන වැළැක්වීමේ ප්‍රතිකාරයකි.

ෆ්ලෝරයිඩ් ඔබගේ දත් මත යෙදීම ඉතා පහසු වන අතර සාමාන්‍යයෙන් මිනිත්තු කිහිපයක් ගතවේ. ඔබගේ දත් මදින තුරු වාර්නිෂ් දත්වලට ඇලී පවතී.

ප්‍රතිලාභ: ෆ්ලෝරයිඩ් යනු ශක්තිමත් දත් සෑදීමට සහ දත් දිරායාම වැළැක්වීමට උපකාරී වන පොදු ඛනිජයකි. ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ්වලට දත් දිරායාම ආරම්භවීම වලකා දිරායාමේ වේගය අඩුකිරීමට හැකියාව ඇත.

අවදානම්: දුර්ලභ වුවද, සමහර අය හට ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් වල සංඝටකයකට ආසාත්මිකතා ඇතිවේ. කොලෆෝනි/රෝසින්, කැසීන් (කිරි ප්‍රෝටීන්) හෝ දරුණු ඇදුම වලට අසාත්මිකතා ඇති සිසුන්ට ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් භාවිතා කල නොහැක.

ෆිෂර් සීලන්ට්

සීලන්ට් යනු දත්වල කට්ට (ඉරිතැලීම්) මත යොදන ආලේපනයකි. ඒවා සාමාන්‍යයෙන් පිටුපස දත් මත යොදනු ලැබේ.

ප්‍රතිලාභ: සීලන්ට් දත් වල කට්ට ආවරණය කරන අතර ආහාර හා විෂබීජ හිරවීම වළක්වයි. මෙමගින් දිරාපත්වීම ආරම්භ වීම සහ සිදුරුවල පැතිරීම වලක්වයි.

බොහෝ සීලන්ට් ද්‍රව්‍යවල ෆ්ලෝරයිඩ් අඩංගු වේ. සීලන්ට් කාලයත් සමඟ ගෙවීයන අතර නැවත පිරවීම හෝ ප්‍රතිස්ථාපනය කිරීමට සිදුවේ.

දත් පිරිසිදු කිරීම

දත්මැදීමෙන් කැල්කියුලස් (තද කොටස්) හෝ තද පැල්ලම් ඉවත් කළ නොහැකි විට දත් අමතර පිරිසිදු කිරීමක් අවශ්‍ය විය හැකිය.

ප්‍රතිලාභ: විදුරුමස්වලට හානිකළ හැකි කැල්කියුලස් ඉවත් කිරීමෙන් විදුරුමස් රෝග ඇතිවීමේ අවදානම අපට අඩු කළ හැකිය.

පසු ප්‍රතිකාර

අමතර ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය නම්, Smile Squad මේ ගැන සාකච්ඡා කර කැමැත්ත ලබා ගනී.

නිතර අසන ප්‍රශ්න

දෙමාපියන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවන් හෝ රැකබලා ගන්නන් ශිෂ්‍යයෙකුගේ පරීක්ෂණයකට සහභාගී විය යුතුද?

දෙමාපියන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවන් හෝ රැකබලා ගන්නන් ඔවුන්ට අවශ්‍ය නම් සහභාගී වීමට ආරාධනා කරයි, නමුත් මෙය අවශ්‍යතාවයක් නොවේ.

ඔබ සහභාගීවීමට කැමතිද යන්න දැනුම්දීමට Smile Squad සම්බන්ධ කරගන්න.

වැඩිදුර ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය නම්, හමුවීමට පැමිණෙන ලෙස අප දෙමාපියන්ගෙන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවෙකුගෙන් හෝ භාරකරුවෙකුගෙන් ඉල්ලා සිටී.

ශිෂ්‍යයෙකු මෑතකදී දන්ත ප්‍රතිකාර ලබා ඇත්නම් කුමක් කළ යුතුද?

ශිෂ්‍යයෙකු මෑතදී දන්ත වෛද්‍ය පරීක්ෂාවක් කර ඇත්නම් ඔවුන්ට නැවත Smile Squad මගින් සිදුකිරීමටද හැකිය. ඔවුන්ට x-කිරණ සහ වෙනත් වැළැක්වීමේ සේවාවන් අවශ්‍ය නොවනු ඇත.

Smile Squad සංචාරය අතරතුර සිසුවෙකු පාසලෙන් බැහැරව සිටී නම් කුමක් කළ යුතුද?

ශිෂ්‍යයෙකු පාසලෙන් බැහැරව සිටී නම්, අපි ඔවුන්ව වෙනත් දිනක දකිනු ඇත, නැතහොත් ඔවුන්ට ඔවුන්ගේ ප්‍රාදේශීයප්‍රජා දන්ත සායනය ඔස්සේ අප හමුවිය හැක. මෙම සේවාවන් තවමත් නොමිලේ ලබාගත හැකිය.

ඔබේ ආසන්නතමප්‍රජා දන්ත වෛද්‍ය සායනය සොයාගැනීමට: www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

කැමැත්ත ලබා දිය හැක්කේ කාටද?

දෙමාපියන්ට, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවන්ට හෝ පරිණත බාල වයස්කරුවන්ට මෙම පෝරම සම්පූර්ණ කර කැමැත්ත ලබා දිය හැක.

පරිණත බාලවයස්කාරයෙකු ලෙස සැලකීමට, ශිෂ්‍යයාට තම තත්වයේ අවදානම්, ප්‍රතිලාභ සහ විය හැකි සංකූලතා පිළිබඳව ප්‍රමාණවත් අවබෝධයක් ඇති බවට සහ දැනුවත් කැමැත්ත ලබා දීම සඳහා යෝජිත ප්‍රතිකාරය පිළිබඳව වෛද්‍යවරයා සෑහීමකට පත් විය යුතුය.

ශිෂ්‍යයෙකුට සමහර දන්ත ප්‍රතිකාර තීරණ ගැනීමේ හැකියාවක් ඇති බව සැලකිය හැකි නමුත් අනෙක් ඒවාට නොතිබිය හැක. වෛද්‍යවරයා විසින් ද්විතීයික පාසල් වයසේ ශිෂ්‍යයෙකු පරිණත බාල වයස්කරුවෙකු ලෙස නොසලකන විට, ඔවුන් දෙමාපියන්ගෙන් හෝ නීත්‍යානුකූල භාරකරුවෙකුගෙන් කැමැත්ත ලබා ගනු ඇත.

ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන (CDBS)

සමහර සිසුන් Medicare හරහා ඔස්ට්‍රේලියානු රජයේ ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන (CDBS) සඳහා සුදුසුකම් ලබා තිබිය හැක.

ඔබ CDBS අවසර පත්‍රයට අත්සන් කරන්නේ නම්, මෙම දන්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාරය සඳහා ඔබ වෙනුවෙන් හිමිකම් පෑමට ඔස්ට්‍රේලියානු රජය අපට අවසර දෙයි.

ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන (CDBS) යනු කුමක්ද?
CDBS යනු වයස අවුරුදු 0-17 වයස්වල ළමුන් සඳහා වසර දෙකක කාලයක් තුළ මූලික දන්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා දෙන Medicare වැඩසටහනකි.

ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවන්ට ඔවුන්ගේ CDBS භාවිතා කළහැකි අවස්ථා වනුයේ:

- Smile Squad සේවාවන් සඳහා
- වික්ටෝරියානු රජයේ දන්ත වෛද්‍ය සායනයකදී
- පුද්ගලික දන්ත වෛද්‍ය සායනයකදී

Smile Squad විසින් සුදුසුකම්ලත් සිසුන් සඳහා CDBS භාවිතා කරනු ඇත.

ඔබ CDBS කැමැත්ත ලබාදීමේ පෝරමය අත්සන් නොකළද, සෑම ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවකටම Smile Squad වෙතින් නොමිලේ දන්ත සෞඛ්‍ය පරීක්ෂාව ලැබේ. **ඔබට කිසිදු වියදමක් නොමැත.**

Medicare යටතේ වියදම් ඉල්ලා සිටීමට Smile Squad හට ඉඩ ලබා දීම සඳහා තොග-බිල්පත් CDBS කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමය අත්සන් කිරීමට අපි ඔබව දිරිමත් කරමු. මෙමඟින් අපට වැඩි වික්ටෝරියානුවන් ගණනකට දන්ත සෞඛ්‍ය ප්‍රතිකාර ලබාදීමට හැකිවේ.

දැනුවත්භාවය සඳහා තොග බිල්පත් වියදම්
ඔබට මෙම තොරතුරු දැන්වීමට Medicare අපගෙන් ඉල්ලා සිටී. ඔබ CDBS භාවිතා කරන්නේ නම්, මෙම මුදල් ඔබේ CDBS ප්‍රතිලාභ සීමාවෙන් ලබාගනු ඇත:

සේවාව	CDBS තොග-බිල් ගාස්තුව	ඔබ ගෙවන ගාස්තුව
දන්ත පරීක්ෂණය (පරීක්ෂාව)	$59.60	$ 0.00
දත්වල x-කිරණ(අවශ්‍ය නම්)	X-කිරණ එකක් සඳහා $34.50	$ 0.00
ෆිෂර් සීලන්ට් (අවශ්‍ය නම්)	දතකට $52.15 (උපරිම).	$ 0.00
දත් පිරිසිදු කිරීම (අවශ්‍ය නම්)	අවශ්‍ය පිරිසිදු කිරීමේ මට්ටම අනුව $101.55 (උපරිම)	$ 0.00
සියලුම දත් සඳහා ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් යෙදීම (අවශ්‍ය නම්)	එක් යෙදීමකට $39.15 (මාස 12ක් ඇතුළත යෙදීම් දෙකක් දක්වා)	$ 0.00

පුද්ගලිකත්වය

Dental Health Services Victoria (DHSV) Smile Squadප්‍රජා දන්ත නියෝජිතායතන සමඟ හවුල්කාරිත්වයෙන් සිදු කරයි. Smile Squad රෝගී ලියකියවිලි සඳහා DHSV වගකිව යුතුය. DHSV ඔබේ පෞද්ගලිකත්වයට ගරු කරන අතර ඔබේ තොරතුරු ආරක්ෂා කිරීමට කැපවී සිටී. *සෞඛ්‍ය වාර්තා පනත සහ රහස්‍යතා සහ දත්ත ආරක්ෂණ පනතට* අනුව අපි ඔබේ තොරතුරු හසුරුවන්නෙමු.

ඇතැම් අවස්ථාවලදී අපි Smile Squad සමීක්ෂණ සහ ඇගයීමේ අරමුණු සහ අපගේ සේවාවන් වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා දන්ත සහ ප්‍රතිපෝෂණ රැස් කරන්නෙමු. අපි මේ සඳහා ඔබගේ අනන්‍යතාවය නිර්නාමිකව තබමු.

DHSV, අධ්‍යාපන දෙපාර්තමේන්තුව, සහ සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව වැනි රාජ්‍ය ආයතන සමඟ නිර්නාමික තොරතුරු බෙදා ගැනීමට අපට අවශ්‍ය වනු ඇත. වික්ටෝරියා හි පාසලේ සියලුම ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවන්ගේ මුඛ සෞඛ්‍යය ගැන අපට එකට ඉගෙන ගැනීමට හැකි වන පරිදි අපි මෙය කරන්නෙමු. හඳුනාගත හැකි තොරතුරු ඇත්නම් අප ඒවා ඉවත් කරන්නෙමු.

DHSV හි සම්පූර්ණ රහස්‍යතා ප්‍රතිපත්තිය කියවීමට www.dhsv.org.au/privacy හෝ පහත QR කේතය ස්කෑන් කරන්න:

අයිතීන් හා වගකීම්
ඔබේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ අයිතිවාසිකම්වල පිටපතක් සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණයේ ආරක්ෂාව සහ ගුණාත්මකභාවය පිළිබඳ ඔස්ට්‍රේලියානු කොමිසමේ (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) වෙබ් අඩවියේ ඇත.

Smile Squad සමඟ සහභාගී වීමට මෙම කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමය අත්සන් කරන්න

පාසලේ නම: ______________________________ **වසර/පන්තිය (උදා.2B):** ______________________________

සිසුවාගේ සම්පූර්ණ නම: ______________________________ **සිසුවාගේ උපන්දිනය:** ___ / ___ / ___

ඉහත නම් කර ඇති සිසුවාට Smile Squad පාසල් දන්ත වෛද්‍ය වැඩසටහනට සහභාගී වීමට මම කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමි.

සිසුවාට පහත සේවා ලබාගැනීමට මම කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමි:

දන්ත පරීක්ෂාව ☐ ඔව් ☐ නැත

සටහන: වෙනත් සේවාවන් සැපයීමට පෙර ඔබ දන්ත පරීක්ෂාවකට ඔව් පැවසිය යුතුය.

දත්වල x-කිරණ පරීක්ෂාවක් (අවශ්‍ය නම්) ☐ ඔව් ☐ නැත

ෆිෂර් සීලන්ට් (අවශ්‍ය නම්) ☐ ඔව් ☐ නැත

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් (අවශ්‍ය නම්) ☐ ඔව් ☐ නැත

දන්ත පිරිසිදුකිරීම (අවශ්‍ය නම්) ☐ ඔව් ☐ නැත

අපි ඊළඟ පරම්පරාවේ මුඛ සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන් පුහුණු කරන්නෙමු. සුදුසුකම් ලත් Smile Squad වෛද්‍යවරයෙකුගේ අධීක්ෂණය යටතේ වැඩ කරන දන්ත/මුඛ සෞඛ්‍ය ශිෂ්‍යයෙකු විසින් සිසුන් දැකිය හැකිය.

ශිෂ්‍යයා දන්ත/මුඛ සෞඛ්‍ය ශිෂ්‍යයෙකු විසින් පරීක්ෂා කිරීමට ඔබ එකඟද? ☐ ඔව් ☐ නැත

මම මගේ දැනුමේ හැටියට සුදුසු සත්කාර සැපයීමට අවශ්‍ය සියලුම අදාළ සෞඛ්‍ය සහ පුද්ගලික තොරතුරු Smile Squad වෙත සපයා ඇති බවට මම එකඟ වෙමි.

කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේදී, මම මෙම එකඟතා පෝරමය සහ මෙම ඇසුරුමේ අඩංගු තොරතුරු කියවා ඇති බවට එකඟ වෙමි. පහත කරුණු තේරුම් ගැනීමට මට ප්‍රමාණවත් තොරතුරු තිබේ:

දන්ත වෛද්‍ය සේවා

Smile Squad විසින් පිරිනමනු ලබන දන්ත වෛද්‍ය සේවා වර්ග, ඇතුළත් ප්‍රතිලාභ සහ අවදානම්, සේවා සිදු වන්නේ කොතැනද සහ ඒවා සපයන්නේ කවුරුන්ද පිළිබඳ මම දැනුවත් ය. ලබාදෙන සියලුම සේවා නොමිලේ ලැබේ.

දන්ත සෞඛ්‍ය සේවාවෙන් පසු රැකබලාගැනීම

ශිෂ්‍යයෙකු දන්ත වෛද්‍ය සේවා ලබා ගැනීමෙන් පසු පාසලේදී අසනීප වුවහොත් හෝ ඔවුන්ට පාසලේදී කළමනාකරණය කළ නොහැකි අමතර රැකවරණයක් අවශ්‍ය නම් Smile Squad වෛද්‍යවරයකු හෝ පාසල් කාර්ය මණ්ඩලයක් දෙමාපියන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවෙකු හෝ රැකබලාගන්නෙකු සම්බන්ධ කර ගත හැකි බව මට වැටහේ.

පුද්ගලිකත්වය

මෙම ඇසුරුමේ ඇති රහස්‍යතා තොරතුරු කියවා තේරුම් ගෙන ඇති අතර වැඩසටහන මඟින් ශිෂ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා තොරතුරු කළමනාකරණය කරන්නේ කෙසේදැයි පිළිගනිමි.

මාපිය/භාරකරු/ශිෂ්‍ය* අත්සන: ______________________________

මාපිය/භාරකරු/ශිෂ්‍ය* සම්පූර්ණ නම: ______________________________ **දිනය:** ___ / ___ / ___

* වයස අවුරුදු 18 සහ ඊට වැඩි සිසුන්ට සහ දන්ත වෛද්‍ය සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශ වීම සඳහා පරිණත බාල වයස්කරුවන් ලෙස සලකනු ලබන සිසුන්ට තමන්ටම එකඟ විය හැකිය. අත්සන් කරන ලද දින සිට මාස 12 ක් එකඟතාව වලංගු වේ.

ශිෂ්‍ය තොරතුරු

පාසලේ නම: ______________________ **වසර/පන්තිය (උදා. 2B):** ______________________

ශිෂ්‍ය තොරතුරු

මුල් නම: ______________________ **වාසගම:** ______________________

ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය: ☐ **පුරුෂ** ☐ **ස්ත්‍රී** ☐ **වෙනත්,** කරුණාකර සඳහන් කරන්න ____________ **උපන්දිනය:** ___ / ___ /

ශිෂ්‍යයාගේ කැමති පුද්ගලික සර්වනාම මොනවාද? (අමතර) ______________________

ලිපිනය: ______________________

උප නගරය (Suburb): ______________________ **තැපැල් කේතය (Postcode):** ______________________

ඔබ ඔබ වෙනුවෙන්ම එකඟ වන ශිෂ්‍යයෙක් නම්, කරුණාකර ඇතුළත් කරන්න:

දුරකථන අංකය: ______________________ **ඊමේල්:** ______________________

දෙමාපිය/භාරකාර විස්තර

මුල් නම: ______________________

වාසගම: ______________________

සිසුවාට ඇති සම්බන්ධතාවය: ______________________

දුරකථන අංකය: ______________________

ඊමේල්: ______________________

අමතර දෙමාපිය/භාරකාර විස්තර (අමතර)

මුල් නම: ______________________

වාසගම: ______________________

සිසුවාට ඇති සම්බන්ධතාවය: ______________________

දුරකථන අංකය: ______________________

ඊමේල්: ______________________

ශිෂ්‍යයා ආදිවාසී හෝ ටොරස් දූපත් වැසියෙක් ද?

- ☐ නැත, ආදිවාසී හෝ ටොරස් දූපත් වැසියෙක් නොවේ
- ☐ ආදිවාසී
- ☐ ටොරස් දූපත් වැසියෙක්
- ☐ ආදිවාසී හා ටොරස් දූපත් වැසියෙක්
- ☐ නොපැවසීමට කැමැත්තෙමි

ශිෂ්‍යයා සරණාගත රැකවරණ බලාපොරොත්තුවන හෝ ලබාගත් අයෙක්ද?

- ☐ නැත, සරණාගත රැකවරණ බලාපොරොත්තුවන හෝ ලබාගත් අයෙක් නොවේ
- ☐ සරණාගත
- ☐ සරණාගත රැකවරණ බලාපොරොත්තුවන අයෙක්
- ☐ නොපැවසීමට කැමැත්තෙමි

පරිවර්තකයෙකු අවශ්‍යද? ☐ ඔව් ☐ නැත

කැමති භාෂාව: ______________________

ශිෂ්‍යයා ඔස්ට්‍රේලියාවේ ඉපදුණු කෙනෙක්ද? ☐ ඔව් ☐ නැත, ඔවුන් ඉපදුනේ කුමන රටේද? ______________________

ශිෂ්‍යයාට Medicare කාඩ්පතක් නොමැති නම්, කරුණාකර මෙම කොටස හිස්ව තබන්න.

සිසුවාගේ Medicare කාඩ්පත් අංකය: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

තනි යොමු අංකය (Individual reference number): ☐

කල් ඉකුත්වීමේ දිනය: ☐☐ / ☐☐☐☐

උපදෙස් පමණි
කරුණාකර පූරවා කැමැත්ත ලබාදීමේ පෝරමයේ ඉංග්‍රීසි අනුවාදය නැවත ලබාදෙන්න

Australian Government
Department of Health

ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහනට අනුව තොග බිල්පත් සඳහා රෝගියාගේ කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමය

මම, රෝගියා / නීත්‍යානුකූල භාරකරු ලෙස, මට පහත කරුණු දන්වා ඇති බව සහතික කරමි:

- ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ උපලේඛනය යටතේ මෙම දිනයේ සිට සිදු කර ඇති හෝ ලබා දීමට නියමිත ප්‍රතිකාර;
- මෙම ප්‍රතිකාරය සඳහා විය හැකි පිරිවැය පිළිබඳව; හා
- ළමා දන්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ උපලේඛනය යටතේ සේවා සඳහා මා විසින් එකවර බිල්පත් කරනු ලබන අතර ප්‍රතිලාභ සීමාව යටතේ ප්‍රමාණවත් අරමුදල් තිබේ නම්, මෙම සේවාවන් සඳහා අමතර වියදම් නොගෙවමි.

මට / රෝගියාට ප්‍රවේශය ඇත්තේ ප්‍රතිලාභ සීමාව දක්වා පමණක් බව මට තේරුමක් ඇත.

සමහර සේවා සඳහා ප්‍රතිලාභවලට සීමාවන් තිබිය හැකි බවත් ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන සීමිත සේවා පරාසයක් ආවරණය කරන බවත් මම තේරුම් ගනිමි. ළමා දන්ත ප්‍රතිලාභ උපලේඛනයෙන් ආවරණය නොවන ඕනෑම සේවාවක පිරිවැය පුද්ගලිකව සපුරාලීමට මට අවශ්‍ය බව මට වැටහේ.

සේවාවල පිරිවැය පවතින ප්‍රතිලාභ සීමාව අඩු කරන බවත් ප්‍රතිලාභ අවසන් වූ පසු ඕනෑම අමතර සේවාවක පිරිවැය පුද්ගලිකව සපුරාලීමට මට අවශ්‍ය වන බවත් මම තේරුම් ගනිමි.

අනු අංකය

☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

රෝගියාගේ Medicare අංකය

රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම

රෝගියා / නීත්‍යානුකූල භාරකරුගේ අත්සන

අත්සන් කරන පුද්ගලයාගේ සම්පූර්ණ නම (රෝගියා නොවේනම්)

දිනය

මෙම පෝරමය එය අත්සන් කර ඇති කැලැන්ඩර වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දක්වා වලංගු වේ.

උපදෙස් පමණි

ශිෂ්‍යයාට දැනුවත් අසාත්මිකතා තිබේද?

☐ ඔව් ☐ නැත **ඔව් නම්:**

☐ ප්‍රතිජීවක ☐ කැසීන් (කිරි ප්‍රෝටීන්) ☐ කොලෝෆෝනි/ රෝසින් ☐ ආහාර

☐ රබර් කිරි හෝ ටේප්ස් ☐ වෙනත් ඖෂධ ☐ වෙනත්

ශිෂ්‍යයා දැනට යම් ඖෂධයක් ගන්නවාද?

☐ ඔව් ☐ නැත **ඔව් නම්, කරුණාකර ඖෂධයේ නම, මාත්‍රාව හා ලබාගන්නා කාලය දක්වන්න**

ශිෂ්‍යයාට කිසියම් පෙනහලු රෝගයක් තිබේද?

☐ ඔව් ☐ නැත **ඔව් නම්:**

☐ ඇදුම → රෝහල්ගතකර ඇත්නම්, මාසය සහ වසර දක්වන්න

☐ පෙනහලු රෝග ☐ ක්ෂය රෝගය ☐ වෙනත්

ශිෂ්‍යයාට හෘද (හෘද වාහිනී) රෝගී තත්වයක් තිබේද?

☐ ඔව් ☐ නැත **ඔව් නම්:**

☐ හෘද දෝෂය ☐ හෘද සැත්කමක් ☐ රූමැටික් හෘද රෝග

☐ අඩු හෝ අධික රුධිර පීඩනය ☐ අධික රුධිර වහනය හෝ රුධිර රෝග ☐ වෙනත්

ශිෂ්‍යයාට කිසියම් සංවේදී, සංජානන තත්වයන් හෝ අමතර අවශ්‍යතා (ආබාධ) තිබේද?

☐ ඔව් ☐ නැත **ඔව් නම්:**

☐ කාංසාව හෝ මානසික අවපීඩනය ☐ අවධාන ඌනතා ආබාධ ☐ ඔටිසම් තත්වයේ ආබාධ ☐ කායික (රෝද පුටු ප්‍රවේශය අවශ්‍ය වීම ඇතුළුව)

☐ බුද්ධිමය ☐ පෙනීම හෝ ශ්‍රවණාබාධ ☐ වෙනත්

ශිෂ්‍යයාට වෙනත් සෞඛ්‍ය හෝ රෝගී තත්වයක් තිබේද?

☐ ඔව් ☐ නැත **ඔව් නම්:**

☐ පළමු මට්ටමේ (Type 1) දියවැඩියාව ☐ දෙවන මට්ටමේ (Type 2) දියවැඩියාව ☐ පිළිකා ☐ නිදන්ගත රෝග තත්ත්වය (උදා. ආඝාතය, ආතරයිටිස්)

☐ වකුගඩු රෝගය ☐ අක්මා රෝගය ☐ ඇඟ ගැසීම් හෝ අපස්මාරය ☐ වෙනත් සැත්කම් (උදා. බද්ධ කිරීම, කෘතිම සන්ධිය)

☐ වෙනත්

ශිෂ්‍යයා ගැබ්ගෙන සිටීමට ඉඩ තිබේද? ☐ ඔව් ☐ නැත ☐ අදාල නැත

ශිෂ්‍යයා දුම්කොළ නිෂ්පාදන (දුම් පානය) හෝ විද්‍යුත් සිගරට් (වේපිං) භාවිතා කරන්නේද? ☐ ඔව් ☐ නැත ☐ අදාල නැත

ඔව් නම්: ☐ දුම් පානය ☐ වේපිං ☐ වෙනත්

සිසුවා මත්පැන් පානය කරනවාද? ☐ ඔව් ☐ නැත ☐ අදාල නැත

ඔබ ඉහත ඕනෑම එකකට **වෙනත්** ලෙස ප්‍රතිචාර දුන්නේ නම්, කරුණාකර පැහැදිලි කරන්න.

උපදේශ පමණී

ශිෂ්‍යයා ගැන වැඩි විස්තර අවබෝධ කර ගැනීමට සහ ඔවුන් සඳහා හොඳම සැලැස්ම සකස් කිරීමට අපට උපකාර කිරීමට අපි පහත ප්‍රශ්න අසන්නෙමු.

ශිෂ්‍යයාගේ මුඛයේ වේදනාවක් තිබේද (උදා: දත්වල ගැටලුවක් නිසා නිදාගැනීමේ අපහසුතාව)?	☐ ඔව් ☐ නැත
ශිෂ්‍යයාගේ දත් හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා කෑම බීමට අපහසු වේද?	☐ ඔව් ☐ නැත
ශිෂ්‍යයාගේ දත් හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා පැහැදිලිව කතා කිරීමේ ගැටලුවක් තිබේද?	☐ ඔව් ☐ නැත
දත් හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා ශිෂ්‍යයාට පාසල හෝ වෙනත් ක්‍රියාකාරකම් මඟ හැරී තිබේද?	☐ ඔව් ☐ නැත
සිසුන්ගේ දත්වල හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා ශිෂ්‍යයා අනෙක් සිසුන් අවට සිනහව, හයියෙන් සිනාසීම හෝ දත් නොපෙන්වන තත්වයක් තිබේද?	☐ ඔව් ☐ නැත
සිසුවාගේ දත් මීට පෙර පරීක්ෂා කර තිබේද?	☐ ඔව් ☐ නැත ඔව් නම්, දන්නේ නම් දිනය සඳහන් කරන්න
පසුගිය වසර තුන තුළ දත් දිරායාම හේතුවෙන් ශිෂ්‍යයාගේ දත් පිරවීම හෝ ඉවත් කිරීම කර තිබේද?	☐ ඔව් ☐ නැත ☐ මට විශ්වාසයක් නැත
ශිෂ්‍යයා පලතුරු යුෂ, සිසිල් බීම හෝ කෝඩියල් වැනි සීනි පැණි බීම කොපමණ වාරයක් ලබා ගන්නේද?	☐ දිනකට අවස්ථා තුනක් හෝ වැඩි ගණනක් ☐ දිනකට වරක් හෝ දෙවරක් ☐ සතියකට කිහිපවරක් ☐ නැති තරම් ය
ශිෂ්‍යයා කොපමණ වාරයක් දන්තාලේපයකින් දත් මදිනවාද?	☐ දිනකට වරක් (උදෑසන) ☐ දිනකට වරක් (සවස) ☐ දිනකට දෙවතාවක් ☐ දිනකට එක්වරකට අඩුවෙන් ☐ දිනකට දෙවතාවකට අඩුවෙන්
අප දැනගත යුතු පෙර දන්ත වෛද්‍ය චාරිකා අතරතුර හෝ පසුව ශිෂ්‍යයාට කිසියම් බියක් හෝ සංවේදීතාවයක් හෝ සෘණාත්මක අත්දැකීම් තිබේද?	☐ ඔව් ☐ නැත
වඩා හොඳින් මුහුණ දීමට උපකාර කිරීමට ශිෂ්‍යයා කිසියම් උපාය මාර්ගයක් හෝ ආධාරකයක් භාවිතා කරන්නේද? උදා. ප්‍රියතම සෙල්ලම් බඩු, iPhone යෙදුම, පොත (ඔව් නම්, පහතින් තොරතුරු දක්වා මීළඟ හමුවීමට රැගෙන එන්න)	☐ ඔව් ☐ නැත
ශිෂ්‍යයා සිටින එකම නිවසේ ජීවත් වන ඕනෑම පවුලේ සාමාජිකයෙකුට හෝ පුද්ගලයෙකුට ඔවුන්ගේ දත් සහ/හෝ විදුරුමස් සම්බන්ධයෙන් සැලකිය යුතු ගැටළු තිබේද?	☐ ඔව් ☐ නැත ☐ මට විශ්වාසයක් නැත
අපි ශිෂ්‍යයාගේ දත් සහ මුඛය පරීක්ෂා කිරීමට පෙර අප දැන ගැනීමට ඔබ කැමති වෙනත් යමක් තිබේද? ඔව් නම්, කරුණාකර පහතින් විස්තර ඉදිරිපත් කරන්න.	☐ ඔව් ☐ නැත