SMILE SQUAD

இலவசப் பல் சிகிச்சை

dental health services victoria

VICTORIA State Government

Smile Squad இலவசப் பள்ளி பல் மருத்துவத் திட்டம்

Smile Squad விரைவில் உங்கள் பள்ளிக்கு வருகைதர உள்ளது.

விக்டோரிய அரசாங்கத்தின் பள்ளிப் பல் சிகிச்சைத் திட்டம் அனைத்து விக்டோரிய அரசுப் பள்ளி மாணவர்களுக்கும் 'இலவசமானது'. உங்கள் குடும்பம் இதைத் தவறவிடாமல் இருக்க இந்தத் தொகுப்பில் கையொப்பமிட்டு திருப்பி அனுப்புங்கள்.

அனைத்து மாணவர்களும் பின்வருவனவற்றைப் பெறலாம்:

- ஒர் இலவசப் பல் சோதனை
- பற்களை ஆரோக்கியமாக வைத்துக் கொள்வதற்கான தடுப்புச் சேவைகள்
- பொதுச் சிகிச்சை (தேவைப்பட்டால்)

மேலும் தகவலுக்கு அல்லது படிவங்களை நிரப்ப உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டால்:

- **மின்னஞ்சல்: smilesquad@dhsv.org.au**
- **தொலைபேசி: 1300 503 977**
- **இணையத்தளத்தைப் பார்வையிடவும்: www.health.vic.gov.au/smile-squad**

நீங்கள் செய்ய வேண்டியவை:

1 **இந்தத்** தொகுப்பில் உள்ள அனைத்துத் தகவல்களையும் படிக்கவும்.

2 **அனைத்துப்** படிவங்களையும் ஆங்கிலத்தில் நிரப்பிக் கையொப்பமிடவும்:

- ஒப்புதல் படிவம் (பக்கம் 4)
- மாணவர் விபரங்கள் (பக்கம் 5)
- குழந்தைப் பல் மருத்துவப் பலன்கள் அட்டவணை மொத்தக் கட்டணவிதிப்பு (Bulk billing) நோயாளியின் ஒப்புதல் (விரும்பினால்) (பக்கம் 6)
- மருத்துவ வரலாறு (பக்கம் 7)
- பற்களின் ஆரோக்கியம் கேள்வித்தாள் (பக்கம் 8)

3 **முடிந்தவரை** விரைவில் படிவங்களை உங்கள் பள்ளிக்குத் திருப்பி அனுப்புங்கள்.

4 **உசாத்துணைக்காக** இந்தத் தொகுப்பில் உள்ள மற்ற எல்லாத் தகவல்களையும் வைத்திருங்கள்.

பெரிய எழுத்துகளில் (BLOCK CAPITALS) படிவங்களை நிரப்புங்கள்.

ஒப்புதல் படிவம் பிற மொழிகளிலும் வாசிக்கக் கிடைக்கிறது.

மொழிபெயர்க்கப்பட்ட படிவங்களைப் பார்வையிடுவதற்கு**www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad எனும் வலைத்தளத்தைப் பார்வையிடுங்கள் அல்லது QR குறியீட்டை ஸ்கேன் செய்யுங்கள்.**

ஆங்கிலப் பதிப்பை மட்டும் சமர்ப்பியுங்கள்.

நன்றாகச் சாப்பிடுங்கள், நன்றாகக் குடியுங்கள், நன்றாகச் சுத்தம் செய்யுங்கள்

புத்தம்புதிய உணவுகளைத் தேர்ந்தெடுங்கள் மற்றும் சர்க்கரை உள்ள உணவுகள், பானங்கள் மற்றும் இனிப்புகளைக் கட்டுப்படுத்துங்கள்

நிறையக் குழாய் நீரைக் குடியுங்கள்

ஃபுளோரைடு பற்பசையைக் கொண்டு காலையிலும் இரவிலும் பல் துலக்க வேண்டும்

இதற்கென செலவு உண்டா?

இல்லை. இது அனைத்து மாணவர்களுக்கும் விக்டோரியா அரசாங்கம் வழங்கும் ஓர் இலவசச் சேவையாகும்.

பின்னூட்டம்

எந்த நேரத்திலும் நீங்கள் என்ன நினைக்கிறீர்கள் (நல்லது அல்லது கெட்டது) என்பதைத் தயவுசெய்து எங்களிடம் கூறுங்கள். உங்கள் பின்னூட்டக் கருத்தை இந்த மின்னஞ்சலுக்கு அனுப்பலாம் smilesquad@dhsv.org.au

பல் மருத்துவச் சேவைகள்

Smile Squad விக்டோரியா அரசுப் பள்ளிகளில் உள்ள மாணவர்களுக்குத் தகுதி வாய்ந்த நிபுணர்களால் இலவசப் பல் மருத்துவச் சேவைகளை வழங்குகிறது.

பல் மருத்துவ ஆய்வு (பரிசோதனை)

பல் மருத்துவப் பரிசோதனையில் பற்கள், ஈறுகள், தாடை மற்றும் வாய் ஆகியவற்றைச் சோதிப்பது அடங்கும்.

பலன்கள்: பெரும்பாலான வாய்சார் நோய்கள்/பல் பிரச்சினைகள் ஆரம்ப கட்டங்களில் வலியை ஏற்படுத்தாது. தொடக்கத்திலேயே சிக்கல்களைக் கண்டறிய, வழக்கமான சோதனைகள் சிறந்ததொரு வழியாகும். என்ன நடக்கிறது என்பதைக் கண்டறிந்தவுடன், பின்தொடர்தல் சிகிச்சைக்குத் திட்டமிடலாம்.

நீங்கள் ஒப்புதல் அளித்தால், பின்வரும் சேவைகள் ஒரு மாணவருக்குப் பயனளிக்கும் என்றால் அவை வழங்கப்படலாம்:

பற்களின் எக்ஸ்-கதிர் படம்

ஒரு எக்ஸ்-கதிர் இயந்திரம் கதிர்வீச்சைப் பயன்படுத்தி உடலுக்குள் என்ன நடக்கிறது என்பதைப் பற்றிய படத்தை உருவாக்குகிறது.

வாயில் இடப்பட்ட சிறிய படலத்தைப் பயன்படுத்தி பற்களின் எக்ஸ்-கதிர் படத்தை நாம் எடுக்கிறோம்.

பலன்கள்: வெற்றுக் கண்ணால் பார்க்க முடியாத பற்களைப் பற்றிய தகவல்களை எக்ஸ்-கதிர் நமக்குத் தருகிறது. சிதைவு, தொற்று மற்றும் பிற சிக்கல்களை எக்ஸ்-கதிர் கொண்டு கண்டறியலாம்.

ஆபத்துகள் எக்ஸ்-கதிர்கள் மிகவும் பாதுகாப்பானவ வழமையாக நாம் எடுக்கும் எக்ஸ் கதிர்வீச்சு விமானப் பறத்தலை விட குறைவான கதிர்வீச்சைக் கொண்டுள்ளது.

ஃபுளோரைடு வார்னிஷ் பயன்பாடு

ஃபுளோரைடு வார்னிஷ் ஒரு தடுப்பு சிகிச்சையாகும். இதைக் குறைந்தது ஆறு மாதங்களுக்கு ஒருமுறை பயன்படுத்தினால் சிறப்பாகச் செயல்படும்.

பற்களில் ஃபுளோரைடு வார்னிஷ் பூசுவது மிகவும் எளிதானது. வழக்கமாக இதற்குச் சில நிமிடங்களே ஆகும். நீங்கள் பல் துலக்கும்வரை வார்னிஷ் பற்களில் ஒட்டிக்கொண்டிருக்கும்.

பலன்கள்: ஃபுளோரைடு ஒரு பொதுவான கனிமமாகும். இது வலுவான பற்களை உருவாக்கவும் பல் சிதைவைத் தடுக்கவும் உதவுகிறது. ஃபுளோரைடு வார்னிஷ் தொடக்கத்திலிருந்தே பல் சொத்தையாவதைத் தடுத்து, சொத்தை ஏற்படும் வீதத்தை மட்டுப்படுத்துகிறது.

ஆபத்துகள்: அரிதாக இருந்தாலும், ஃபுளோரைடு வார்னிஷில் உள்ள ஒரு மூலப்பொருள் சிலருக்கு ஒவ்வாமையை ஏற்படுத்தலாம். கொலோபோனி/ரோசின், கேசீன் (பால் புரதம்) ஆகியவற்றிற்கு ஒவ்வாமை அல்லது கடுமையான ஆஸ்துமா உள்ள மாணவர்கள் ஃபுளோரைடு வார்னிஷ் சிகிச்சை பெற்றுக்கொள்ள முடியாது.

பற்பிளவுப் அடைப்பான்கள் (Fissure sealants)

அடைப்பான்கள் (Sealants) என்பது பற்களின் பள்ளங்களில் (பிளவுகள்) பூசப்படும் பூச்சு ஆகும். அவை பொதுவாகக் கடைவாய்ப் பற்கள் மீது வைக்கப்படுகின்றன.

பலன்கள்: அடைப்பான்கள் பற்களின் பள்ளங்களை மூடி, உணவு மற்றும் கிருமிகள் சிக்காமல் தடுக்கின்றன. இது ஆரம்பத்திலேயே பற்சொத்தையைத் தடுத்து பள்ளங்களில் பரவுவதை நிறுத்துகிறது.

பெரும்பாலான அடைப்பான் பொருட்களில் ஃபுளோரைடு உள்ளது. அடைப்பான்கள் காலப்போக்கில் தேய்ந்து போகலாம் மற்றும் மேலும் இட்டு நிரப்ப அல்லது மாற்றப்பட வேண்டியிருக்கும்.

பல் சுத்தம் செய்தல்

பல் துலக்குதலால் பற்காறை (கடினமான படிமானம்) அல்லது கடினமான கறைகளை அகற்ற முடியாதபோது பற்களைக் கூடுதல் சுத்தம் செய்ய வேண்டியிருக்கும்.

பலன்கள்: ஈறுகளில் எரிச்சலை உண்டாக்கும் பற்காறைகளை அகற்றுவதன் மூலம் ஈறு நோய் ஏற்படும் ஆபத்தைக் குறைக்கலாம்.

பின்தொடர்தல் சிகிச்சை

கூடுதல் சிகிச்சை தேவைப்பட்டால், Smile Squad இதைப் பற்றிக் கலந்துரையாடி ஒப்புதல் கோரும்.

அடிக்கடி கேட்கப்படும் கேள்விகள்

பெற்றோர்கள், சட்டப்பூர்வப் பாதுகாவலர்கள் அல்லது பராமரிப்பாளர்கள் மாணவர் சந்திப்பில் கலந்து கொள்ள வேண்டுமா?

பெற்றோர்கள், சட்டப்பூர்வப் பாதுகாவலர்கள் அல்லது பராமரிப்பாளர்கள் விரும்பினால் கலந்துகொள்ளலாம். ஆனால் இது ஒரு கட்டாயத் தேவையல்ல.

நீங்கள் கலந்து கொள்ள விரும்பினால் எங்களுக்கு அதுபற்றித் தெரிவிக்க, Smile Squad ஐத் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

கூடுதல் சிகிச்சை தேவைப்பட்டால், சந்திப்பிற்கு வருமாறு பெற்றோர், சட்டப்பூர்வப் பாதுகாவலர் அல்லது பராமரிப்பாளரை நாங்கள் கோரலாம்.

ஒரு மாணவர் அண்மையில் பல் சிகிச்சை பெற்றிருந்தார் எனில் என்ன செய்வது?

ஒரு மாணவர் அண்மையில் பல் மருத்துவரிடம் சென்றிருந்தாலும், அவர்களை மீண்டும் Smile Squad பார்க்க முடியும். அவர்களுக்கு எக்ஸ்-கதிர் மற்றும் பிற தடுப்பு சேவைகள் தேவையின்றி இருக்கலாம்.

Smile Squad இன் வருகையின்போது ஒரு மாணவர் பள்ளிக்கு வருகை தரவில்லை என்றால் என்ன செய்வது?

ஒரு மாணவர் பள்ளிக்கு வருகை தரவில்லை என்றால், நாங்கள் அவர்களை மற்றொரு நாள் பார்ப்போம் அல்லது அவர்கள் உள்ளூர் சமூக பல் முகமையில் எங்களைச் சந்திக்கலாம். இந்தச் சேவைகளும் இலவசமாகவே இருக்கும்.

உங்கள் அருகில் உள்ள சமூகப் பல் சிகிச்சையகத்தை இங்கு கண்டறியுங்கள்:
www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

யார் ஒப்புதல் அளிக்க முடியும்?

பெற்றோர்கள், சட்டப்பூர்வப் பாதுகாவலர்கள் அல்லது முதிர்ந்தவராக மருத்துவர் தீர்மானிக்கும் வயதுவராதோர் இந்தப் படிவங்களைப் பூர்த்தி செய்து ஒப்புதல் வழங்கலாம்.

அவ்வாறு மருத்துவர் தீர்மானிப்பதற்கு, அபாயங்கள், பலன்கள், தகவலறிந்த ஒப்புதலைத் தருவதற்கு அவர்களது நோயிலுள்ள சாத்தியமான சிக்கல்கள் மற்றும் முன்மொழியப்பட்ட சிகிச்சை குறித்துப் போதிய புரிதலை மாணவர் கொண்டிருப்பதாக மருத்துவர் கட்டாயமாகத் திருப்தியடைய வேண்டும்.

ஒரு மாணவர் சில பல் சிகிச்சை தொடர்பான முடிவுகளை எடுக்கக்கூடியவராகவும் மற்றவை குறித்து முடிவெடுக்க முடியாதவராகவும் கருதப்படலாம். ஒரு மேல்நிலைப் பள்ளி வயதுடைய மாணவர் வயதுக்கு வராத ஆனால் முதிர்ந்தவராக மருத்துவர் கருதாவிட்டால், அவர் பெற்றோர் அல்லது சட்டப்பூர்வ பாதுகாவலரிடம் ஒப்புதல் பெறுவார்.

குழந்தைப் பல் மருத்துவப் பலன்கள் அட்டவணை (CDBS)

சில மாணவர்கள் Medicare மூலம் ஆஸ்திரேலிய அரசாங்கத்தின் குழந்தைப் பல் மருத்துவப் பலன்கள் அட்டவணைக்குத் (CDBS) தகுதி பெறலாம்.

CDBS ஒப்புதல் படிவத்தில் நீங்கள் கையொப்பமிட்டால், இந்தப் பல் மருத்துவப் பராமரிப்புக்காக உங்கள் சார்பாக இதன் செலவைக் கோர ஆஸ்திரேலிய அரசாங்கம் எங்களை அனுமதிக்கிறது.

குழந்தைப் பல் மருத்துவ நலன்கள் அட்டவணை (CDBS) என்றால் என்ன?
CDBS என்பது Medicare இன் ஒரு திட்டமாகும். இது தகுதியுள்ள 0-17 வயதுடையவர்களுக்கு அடிப்படை பல் மருத்துவப் பராமரிப்பை இரண்டு வருட காலத்திற்கு வழங்குகிறது.

பின்வருவனவற்றுக்காக மாணவர்கள் தங்கள் CDBS ஐப் பயன்படுத்தலாம்:

- Smile Squad சேவைகளுக்காக
- விக்டோரிய பொது பல் மருத்துவ சிகிச்சையகமொன்றில்
- தனியார் பல் மருத்துவ சிகிச்சையகமொன்றில்

தகுதியுள்ள மாணவர்களுக்கு Smile Squad, CDBSஐப் பயன்படுத்தும்.

CDBS ஒப்புதல் படிவத்தில் நீங்கள் கையொப்பமிடவில்லை என்றாலும், ஒவ்வொரு மாணவரும் Smile Squad இல் இருந்து இலவசப் பல் சிகிச்சையைப் பெறுவார்கள். **உங்களுக்கு எந்தச் செலவும் ஏற்படாது.**

Medicare இன் கீழ் Smile Squad செலவுகளைக் கோருவதற்கு, மொத்தக் கட்டணவிதிப்பு (bulk-billing) CDBS ஒப்புதல் படிவத்தில் கையொப்பமிடுமாறு உங்களை ஊக்குவிக்கிறோம். இது கூடுதலாக விக்டோரியவாசிகளுக்கு பல் பராமரிப்பை வழங்க உதவுகிறது.

உசாத்துணைக்காக மொத்த பில்லிங் செலவுகள்
இந்தத் தகவலை நாங்கள் உங்களுக்கு வழங்க வேண்டும் என்று Medicare கோருகிறது. நீங்கள் CDBS ஐப் பயன்படுத்தினால், இந்தத் தொகைகள் உங்கள் CDBS பலன் உச்சவரம்பில் இருந்து பெறப்படும்:

சேவை	CDBS மொத்தம் விதிக்கப்பட்ட (Bull-Billed) கட்டணம்	நீங்கள் எவ்வளவு செலுத்துகிறீர்கள்
பல் மருத்துவ ஆய்வு (பரிசோதனை)	$59.60	$0.00
பற்களின் எக்ஸ்-கதிர் படங்கள் (தேவைப்பட்டால்)	$34.50, ஒரு எக்ஸ்-கதிர் படத்துக்கு	$0.00
பற்பிளவு அடைப்பான்கள் (தேவைப்படின்)	$52.15, ஒரு பல்லுக்கு (அதிகபட்சம்)	$0.00
பல் சுத்தம்செய்தல் (தேவைப்பட்டால்)	$101.55 (அதிகபட்சம்) தேவைப்படும் சுத்தம் செய்யும் அளவைப் பொறுத்து	$0.00
அனைத்து பற்களுக்கும் ஃபுளோரைடு வார்னிஷ் இடல் (தேவைப்பட்டால்)	$39.15, ஒரு முறை இடுவதற்கு (12 மாதங்களுக்குள் இரண்டு இடுகைகள் வரை)	$0.00

தனியுரிமை

பல் சுகாதார சேவைகள் விக்டோரியா (DHSV) சமூகப் பல் மருத்துவ நிறுவனங்களுடன் இணைந்து Smile Squad ஐ வழங்குகிறது. Smile Squad நோயாளி ஆவணப்படுத்தலுக்கு DHSV பொறுப்பானவர்கள். DHSV உங்கள் தனியுரிமையை மதிக்கிறது மற்றும் உங்கள் தகவலைப் பாதுகாப்பதில் உறுதியாக உள்ளது. *சுகாதாரப் பதிவுச் சட்டம், தனியுரிமை மற்றும் தரவுப் பாதுகாப்புச் சட்டத்தின்படி* உங்கள் தகவலை நாங்கள் கையாள்வோம்.

Smile Squad இன் ஆய்வு மற்றும் மதிப்பீட்டு நோக்கங்களுக்காகவும் எங்கள் சேவைகளை மேம்படுத்துவதற்காகவும் தரவு மற்றும் கருத்துக்களைச் சில நேரங்களில் சேகரிப்போம். இதற்காக உங்கள் அடையாளத்தைப் பெயரடையாளாமின்றி வைத்திருப்போம்.

DHSV, கல்வித்துறை மற்றும் சுகாதாரத்துறை போன்ற அரசு முகமைகள் இடையே நாங்கள் பெயரடையாளமற்ற தகவல்களைப் பகிர வேண்டியுள்ளது. விக்டோரியாவில் உள்ள பள்ளியில் அனைத்து மாணவர்களின் பல் ஆரோக்கியத்தைப் பற்றி நாமனைவரும் அறிந்துகொள்வதற்காக இதைச் செய்கிறோம். அடையாளம் காணும் எந்தத் தகவலையும் அகற்றுவோம்.

DHSV இன் முழுத் தனியுரிமை அறிக்கையைப் படிக்க www.dhsv.org.au/privacyஐப் பார்வையிடவும் அல்லது கீழே உள்ள QR குறியீட்டை ஸ்கேன் செய்யவும்:

உரிமைகள் மற்றும் பொறுப்புகள்
சுகாதாரப் பாராமரிப்பில் பாதுகாப்பு மற்றும் தரம் குறித்த ஆஸ்திரேலிய ஆணையத்தின் இணையத்தளத்தில் உங்கள் சுகாதாரப் பராமரிப்பு உரிமைகளின் நகல் கிடைக்கும்.

Smile Squad இல் பங்கேற்க, இந்த ஒப்புதல் படிவத்தில் கையொப்பமிடுங்கள்

பள்ளி பெயர்: ______________________________ **படிநிலை/வகுப்பு (எடுத்துக்காட்டு, 2B):** ______________

மாணவரின் முழுப் பெயர்: ______________________ **மாணவரின் பிறந்த தேதி:** ___ / ___ / ___

Smile Squad பள்ளி பல் மருத்துவத் திட்டத்தில் பங்கேற்பதற்கு மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மாணவருக்கு நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

பின்வரும் சேவைகளை மாணவர் பெறுவதற்கு நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்:

பல் ஆய்வு (பரிசோதனை) ☐ ஆம் ☐ இல்லை

குறிப்பு: வேறு ஏதேனும் சேவைகளை வழங்குவதற்கு முன், பல் பரிசோதனைக்கு நீங்கள் 'ஆம்' என்று சொல்ல வேண்டும்.

பற்களின் எக்ஸ்-ரே படம் (தேவைப்பட்டால்) ☐ ஆம் ☐ இல்லை **பற்பிளவு அடைப்பான்கள்** (தேவைப்பட்டால்) ☐ ஆம் ☐ இல்லை

ஃபுளோரைடு வார்னிஷ் (தேவைப்பட்டால்) ☐ ஆம் ☐ இல்லை **பல் சுத்தப்படுத்தல்** (தேவைப்பட்டால்) ☐ ஆம் ☐ இல்லை

அடுத்த தலைமுறை பல் சுகாதார நிபுணர்களுக்குப் பயிற்சி அளித்து வருகிறோம். தகுதி வாய்ந்த Smile Squad மருத்துவரின் மேற்பார்வையின் கீழ் பணிபுரியும் பல்/வாய்சார் சுகாதார மாணவர் ஒருவர், மாணவர்களைப் பார்க்கலாம்.

மாணவரை ஒரு பல்/வாய் சுகாதார மாணவர் பார்ப்பதைச் சம்மதிக்கிறீர்களா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை

Smile Squad தகுந்த கவனிப்பை வழங்குவதற்குத் தேவையான அனைத்து தொடர்புடைய உடல்நலம் மற்றும் தனிப்பட்ட தகவல்களையும் நான் அறிந்தவரையில் அவர்களுக்கு வழங்கியுள்ளேன் என்பதை ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

ஒப்புதல் அளிக்கும்போது, இந்த ஒப்புதல் படிவத்தையும் இந்தத் தொகுப்பில் உள்ள தகவல்களையும் படித்துள்ளேன் என்பதை ஒப்புக்கொள்கிறேன்.
பின்வருவனவற்றைப் புரிந்துகொள்ள என்னிடம் போதுமான தகவல்கள் உள்ளன:

பல் மருத்துவச் சேவைகள்

Smile Squad வழங்கும் பல் மருத்துவச் சேவைகளின் வகைகள், அதில் உள்ள நன்மைகள் மற்றும் ஆபத்துகள், சேவைகள் எங்கு நடைபெறும், யார் அவற்றை வழங்குவார்கள் என்பதை நான் அறிவேன். வழங்கப்படும் அனைத்துச் சேவைகளும் இலவசம்.

பல் தொடர்பான சேவைகளுக்குப் பின்னரான கவனிப்பு

பல் மருத்துவச் சேவைகளைப் பெற்ற பிறகு பள்ளியில் ஒரு மாணவர் உடல்நிலை சரியில்லாமல் இருந்தால் அல்லது பள்ளியில் நிர்வகிக்க முடியாமையால் கூடுதல் கவனிப்புத் தேவைப்பட்டால், Smile Squad மருத்துவர் அல்லது பள்ளி ஊழியர்கள் பெற்றோர், சட்டப்பூர்வ பாதுகாவலர் அல்லது பராமரிப்பாளரைத் தொடர்பு கொள்ளலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

தனியுரிமை

இந்தத் தொகுப்பில் உள்ள தனியுரிமைத் தகவல்களைப் படித்துப் புரிந்துகொண்டேன். மேலும் இந்தத் திட்டம் மாணவர்களின் சுகாதாரப் பராமரிப்புத் தகவல்களை எவ்வாறு நிர்வகிக்கும் என்பதை ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.

பெற்றோர்/பாதுகாவலர்/மாணவர்* கையொப்பம்: ____

பெற்றோர்/பாதுகாவலர்/மாணவர்* முழுப்பெயர்: ______________________________ **தேதி:** ___ / ___ /___

* 18 மற்றும் அதற்கு மேற்பட்ட வயது மாணவர்கள் மற்றும் பல் மருத்துவச் சேவைகளை அணுகும் நோக்கத்திற்காக மருத்துவரால் முதிர்ச்சியடைந்த, ஆனால் வயது வராதவர்கள் எனக் கருதப்படுபவர்கள் தாங்களாகவே ஒப்புதல் அளிக்கலாம். இந்த ஒப்புதல் கையொப்பமிடப்பட்ட நாளிலிருந்து 12 மாதங்களுக்குச் செல்லுபடியாகும்.

வழிகாட்டி மட்டும்
ஒப்புதல் படிவத்தின் ஆங்கிலப் பதிப்பைப் பூர்த்தி செய்து திருப்பி அனுப்பவும்

பள்ளி பெயர்: ______________________ படிநிலை/வகுப்பு (எடுத்துக்காட்டு, 2B): ______________________

மாணவர் விபரங்கள்

குடும்பப் பெயர்: ______________________ குடும்பப் பெயர்: ______________________

பாலினம்: ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ மற்றவை, தயவுசெய்து குறிப்பிடவும் ______________ பிறந்த தேதி: ___ /___ /___

மாணவரின் விருப்பமான தனிப்பட்ட மாற்றுப் பெயர்கள் என்ன? (விரும்பினால்) ______________________

முகவரி: ______________________

புறநகர்: ______________________ அஞ்சல் குறியீடு: ______________________

நீங்களே சம்மதம் வழங்கும் மாணவராக இருந்தால், தயவுசெய்து பின்வருவனவற்றைச் சேர்க்கவும்:

தொலைபேசி எண்: ______________________ மின்னஞ்சல்: ______________________

பெற்றோர்/பாதுகாப்பாளர் விபரங்கள் | கூடுதல் பெற்றோர்/பாதுகாவலர் விவரங்கள் (விரும்பினால்)

முதல் பெயர்: ______________________ முதல் பெயர்: ______________________

குடும்பப் பெயர்: ______________________ குடும்பப் பெயர்: ______________________

மாணவர் உடனான உறவுமுறை: ______________________ மாணவர் உடனான உறவுமுறை: ______________________

தொலைபேசி எண்: ______________________ தொலைபேசி எண்: ______________________

மின்னஞ்சல்: ______________________ மின்னஞ்சல்: ______________________

மாணவர் பழங்குடியினரா அல்லது டோரஸ் நீரிணைத் தீவுவாசியா?

☐ இல்லை, பழங்குடியினரோ அல்லது டோரஸ் நீரிணைத் தீவுவாசியோ
☐ பழங்குடியினர்
☐ டோரஸ் நீரிணைத் தீவுவாசி
☐ பழங்குடியினர் அல்லது டோரஸ் நீரிணைத் தீவுவாசி
☐ சொல்ல விரும்பவில்லை

மாணவர் ஒரு புகலிடக் கோரிக்கையாளரா அல்லது அகதியா?

☐ இல்லை, புகலிடக்கோரிக்கையாளரோ அல்லது அகதியோ இல்லை
☐ அகதி
☐ புகலிடக் கோரிக்கையாளர்
☐ சொல்ல விரும்பவில்லை

மொழிபெயர்ப்பாளர் தேவையா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை

விருப்பத்துக்குரிய மொழி: ______________________

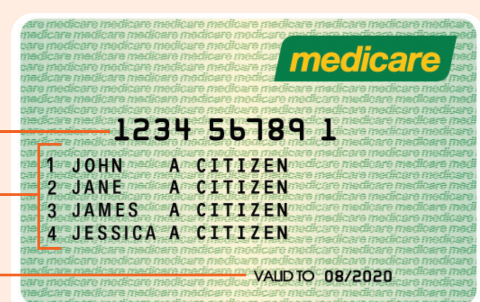
மாணவர் ஆஸ்திரேலியாவில் பிறந்தவரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை, அவர்கள் எந்த நாட்டில் பிறந்தார்கள்? ______________

மாணவரிடம் Medicare அட்டை இல்லையென்றால், இந்தப் பிரிவை வெற்றிடமாக விடவும்.

மாணவரின் Medicare அட்டை எண்: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

தனிப்பட்ட குறிப்பு எண்: ☐

காலாவதித் தேதி: ☐☐ / ☐☐☐☐



வழிகாட்டி மட்டும்
ஒப்புதல் படிவத்தின் ஆங்கிலப் பதிப்பை பூர்த்தி செய்து திருப்பி அனுப்பவும்

Australian Government
Department of Health

குழந்தை பல் மருத்துவப் பலன்கள் அட்டவணை
மொத்தக் கட்டணவிதிப்பு (Bulk billing) நோயாளியின் ஒப்புதல் படிவம்

நோயாளி/சட்டப்பூர்வ பாதுகாவலர் ஆகிய நான், எனக்குத் தெரிவிக்கப்பட்டதாகச் சான்றளிக்கிறேன்:

- குழந்தை பல் மருத்துவப் பலன்கள் அட்டவணையின்கீழ் குறிப்பிட்ட தேதியில் இருந்து வழங்கப்பட்ட அல்லது வழங்கப்பட உள்ள சிகிச்சைகள்;
- இந்த சிகிச்சையின் சாத்தியமான செலவு; மற்றும்
- குழந்தை பல் மருத்துவ பலன்கள் அட்டவணையின்கீழ் சேவைகளுக்காக மொத்த கட்டணவிதிப்பு (bulk bill) மூலம் என்னிடம் கட்டணம் அறவிடப்படும். மேலும் பலன் உச்சவரம்பின்கீழ் போதுமான நிதி கிடைக்கப் பெற்றால், இந்தச் சேவைகளுக்காக நான் சொந்தமாகப் பணம் செலுத்த மாட்டேன்.

நான்/நோயாளி பலன் உச்சவரம்புவரை மட்டுமே பல்மருத்துவ பலன்களைப் பெற முடியும் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.
சில சேவைகளுக்கான பலன்களுக்கு வரைறைகள் இருக்கக்கூடும் என்பதையும், குழந்தைகளுக்கான பல் மருத்துவப் பலன்கள் அட்டவணையானது வரம்புக்குட்பட்ட அளவிலான சேவைகளை உள்ளடக்கியது என்பதையும் நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
குழந்தை பல்மருத்துவப் பலன்கள் அட்டவணையில் உள்ளடக்கப்படாத எந்தவொரு சேவைகளின் செலவுகளையும் நான் தனிப்பட்ட முறையில் ஏற்க வேண்டும் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.
சேவைகளின் செலவானது கிடைக்கக்கூடிய பலன் உச்சவரம்மைப் குறைக்கும் என்பதையும், கிடைக்கக்கூடிய பலன்கள் தீர்ந்துவிட்டால், கூடுதல் சேவைகளுக்கான செலவுகளை நான் தனிப்பட்ட முறையில் ஏற்க வேண்டும் என்பதையும் புரிந்துகொள்கிறேன்.

குறிப்பு #

நோயாளியின் Medicare எண்

நோயாளி/சட்டப்பூர்வ பாதுகாவலர் கையொப்பம்

நோயாளியின் முழுப் பெயர்

கையொப்பமிடும் நபரின் முழுப் பெயர் (கையொப்பமிடுபவர் நோயாளி இல்லையென்றால்)

தேதி

இந்தப் படிவம் கையொப்பமிடப்பட்ட நாள்காட்டி ஆண்டின் டிசம்பர் 31 வரை செல்லுபடியாகும்.

மாணவருக்கு ஏற்கெனவே தெரிந்த ஒவ்வாமை ஏதேனும் உள்ளதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை **ஆமெனில்:**

☐ நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகள் (Antibiotics) ☐ கேசீன் (பால் புரதம்) ☐ கொலோபோனி/ரோசின் ☐ உணவு

☐ லேடெக்ஸ் அல்லது நாடாக்கள் ☐ மற்ற மருந்துகள் ☐ மற்றவை

மாணவர் தற்போது ஏதேனும் மருந்து எடுக்கிறாரா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை **ஆம் எனில், மருந்தின் பெயர், எடுக்குமளவு மற்றும் எப்போதெல்லாம் எடுக்கிறார் என்பதைப் பட்டியலிடவும்**

மாணவருக்கு நுரையீரல் கோளாறுகள் உள்ளனவா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை **ஆமெனில்:**

☐ ஆஸ்துமா → மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருந்தால், மாதம் மற்றும் ஆண்டைக் குறிப்பிடுங்கள்.

☐ நுரையீரல் நோய் ☐ காசநோய் ☐ மற்றவை

மாணவருக்கு இதயக் (cardiovascular) கோளாறு உள்ளதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை **ஆமெனில்:**

☐ இதயக் குறைபாடு ☐ இதய அறுவைச் சிகிச்சை ☐ வாத இதய நோய்

☐ குறைந்த அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தம் ☐ மிகை இரத்தப்போக்கு அல்லது இரத்தக் கோளாறு ☐ மற்றவை

மாணவருக்குப் புலன், அறிவாற்றல் கோளாறுகள் அல்லது கூடுதல் தேவைகள் (இயலாமை) உள்ளனவா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை **ஆமெனில்:**

☐ படபடப்பு அல்லது மனச்சோர்வு ☐ கவனப் பற்றாக்குறை கோளாறுகள் (Attention deficit disorders) ☐ ஆட்டிசம் பல்நிலைக் கோளாறு ☐ உடல் பிரச்சினைகள் (சக்கர நாற்காலி அணுகல் தேவை உட்பட)

☐ அறிவாற்றல் குறைபாடு ☐ பார்வை அல்லது கேட்டல் குறைபாடு ☐ மற்றவை

மாணவருக்கு வேறு ஏதேனும் உடல்நல அல்லது மருத்துவக் கோளாறு உள்ளதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை **ஆமெனில்:**

☐ வகை 1 நீரிழிவு ☐ வகை 2 நீரிழிவு ☐ புற்றுநோய் ☐ நாள்பட்ட நோய் (எடுத்துக்காட்டாக, பக்கவாதம், கீல்வாதம்)

☐ சிறுநீரக நோய் ☐ கல்லீரல் நோய் ☐ வலிப்பு அல்லது வலிப்புக் கோளாறு ☐ பிற அறுவைச் சிகிச்சை (எடுத்துக்காட்டாக, உடற்கூற்று மாற்று அறுவைச் சிகிச்சை, செயற்கை மூட்டு)

☐ மற்றவை

மாணவி கர்ப்பமாக இருக்க முடியுமா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை ☐ பொருத்தமற்றது

மாணவர் புகையிலைப் பொருட்களை (புகைபிடித்தல்) அல்லது இ-சிகரெட்டுகளை (ஆவி நுகர்வு) பயன்படுத்துகிறாரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை ☐ பொருத்தமற்றது

ஆமெனில்: ☐ புகைபிடித்தல் ☐ ஆவி நுகர்வு (Vaping) ☐ மற்றவை

மாணவர் ஆல்கஹால் அருந்துகிறாரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை ☐ பொருத்தமற்றது

மேலே உள்ளவற்றில் ஏதேனும் ஒன்றிற்கு நீங்கள் '**மற்றவை**' எனப் பதிலளித்திருந்தால், தயவுசெய்து விவரிக்கவும்.

வழிகாட்டி மட்டும்
ஒப்புதல் படிவத்தின் ஆங்கிலப் பதிப்பைப் பூர்த்தி செய்து திருப்பி அனுப்பவும்

மாணவரைப் பற்றி மேலும் புரிந்துகொள்ளவும் அவர்களுக்கான சிறந்த திட்டத்தை உருவாக்கவும் உதவும் வகையில் பின்வரும் கேள்விகளைக் கேட்கிறோம்.

மாணவருக்கு வாயில் வலி உள்ளதா (எடுத்துக்காட்டாக, பற்களின் பிரச்சனையால் தூங்குவதில் சிக்கலா)?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

மாணவர்களின் பற்கள் அல்லது வாயில் உள்ள பிரச்சனையால் உணவு உட்கொள்வதில் அல்லது அருந்துவதில் சிக்கல் உள்ளதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

மாணவரின் பற்கள் அல்லது வாயில் உள்ள பிரச்சனையால் தெளிவாகப் பேசுவதில் சிக்கல் உள்ளதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

மாணவரின் பற்கள் அல்லது வாயில் உள்ள பிரச்சனையால் பள்ளி அல்லது பிற செயல்பாடுகளைத் தவறவிட்டாரா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

மாணவரின் பற்கள் அல்லது வாயில் உள்ள பிரச்சனை காரணமாக, மற்ற மாணவர்களுடன் புன்னகைக்கவோ, சிரிக்கவோ அல்லது அவர்களுக்குப் பல்லைக் காட்டவோ இல்லையா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

மாணவரின் பற்கள் இதற்கு முன் சோதிக்கப்பட்டதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

ஆம் எனில், தேதி தெரிந்தால் குறிப்பிடவும்

கடந்த மூன்று வருடங்களில் பல் சிதைவு காரணமாக மாணவரின் பற்கள் ஏதேனும் நிரப்பப்பட்டதா அல்லது அகற்றப்பட்டதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை ☐ உறுதியாகத் தெரியவில்லை

பழச்சாறு, குளிர்பானம் அல்லது கார்டியல் போன்ற இனிப்பாக்கப்பட்ட பானங்களை மாணவர் எப்போதெல்லாம் அருந்துகிறார்?

☐ ஒரு நாளைக்கு மூன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட தடவைகள்
☐ ஒரு நாளைக்கு ஒரு தடவை அல்லது இரண்டு தடவைகள்
☐ வாரத்திற்குச் சில தடவைகள்
☐ கிட்டத்தட்ட அருந்தவில்லை

மாணவர் எத்தனை முறை பற்பசை பயன்படுத்திப் பல் துலக்குகிறார்?

☐ ஒரு நாளைக்கு ஒரு தடவை (காலையில்)
☐ ஒரு நாளைக்கு ஒரு தடவை (மாலையில்)
☐ ஒரு நாளுக்கு இரு தடவைகள்
☐ ஒரு நாளைக்கு ஒரு தடவைக்கும் குறைவாக
☐ ஒரு நாளைக்கு இரு தடவைக்கு மேல்

முந்தைய பல் மருத்துவ வருகையின்போது அல்லது அதற்குப் பிறகு மாணவருக்கு ஏதேனும் அச்சம், கவலை அல்லது எதிர்மறையான அனுபவங்கள் இருந்தது குறித்து நாங்கள் தெரிந்து கொள்ள வேண்டுமா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

சிறப்பாகச் சமாளிக்க மாணவர் ஏதேனும் உத்திகளைப் பயன்படுத்துகிறாரா அல்லது ஆதரவைப் பெறுகிறாரா? எடுத்துக்காட்டாக, பிடித்த விளையாட்டுப்பொருள், ஐபோன் செயலி, புத்தகம்

(ஆம் எனில், விவரங்களைக் கீழே குறிப்பிட்டு, அடுத்த வருகைக்கு அவற்றைக் கொண்டுவரவும்)

☐ ஆம் ☐ இல்லை

மாணவர் இருக்கும் அதே வீட்டில் வசிக்கும் எந்தவொரு குடும்ப உறுப்பினர் அல்லது நபருக்கும் அவர்களின் பற்கள் மற்றும்/அல்லது ஈறுகளில் குறிப்பிடத்தக்க பிரச்சனைகள் உள்ளனவா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை ☐ உறுதியாகத் தெரியவில்லை

மாணவரின் பற்கள் மற்றும் வாயை சோதிக்கும்முன் நாங்கள் வேறு ஏதாவது தெரிந்து கொள்ளவேண்டும் என நீங்கள் விரும்புகிறீர்களா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

ஆம் எனில், கீழே விவரங்களை வழங்கவும்.

வழிகாட்டி மட்டும்

ஒப்புதல் படிவத்தின் ஆங்கிலப் பதிப்பை பூர்த்தி செய்து திருப்பி அனுப்பவும்