SMILE SQUAD

ఉచిత దంత వైద్యం

dental health services victoria

VICTORIA State Government

స్మైల్ స్క్వాడ్ ఉచిత పాఠశాల దంత వైద్య కార్యక్రమము

స్మైల్ స్క్వాడ్ త్వరలో మీ పాఠశాలను సందర్శించనున్నది.

విక్టోరియా ప్రభుత్వ పాఠశాల దంత వైద్య కార్యక్రమము విక్టోరియా ప్రభుత్వ పాఠశాల విద్యార్థులందరికీ ఉచితం. మీ కుటుంబం ఈ అవకాశాన్ని కోల్పోకుండా ఉండాలంటే ఈ ప్యాక్‌పై సంతకం చేసి తిరిగి ఇవ్వండి.

విద్యార్థులందరూ ఇవి పొందగలరు:

- ఒక ఉచిత దంత పరీక్ష
- పళ్ళను ఆరోగ్యంగా ఉంచడానికి నివారణ సేవలు
- సాధారణ చికిత్స (అవసరమైతే)

మరింత సమాచారం కోసం, లేదా పత్రములను పూరించడానికి మీకు సహాయం అవసరమైతే:

- **smilesquad@dhsv.org.au కు ఈమెయిల్ చెయ్యండి**
- **1300 503 977 కు కాల్ చెయ్యండి**
- **www.health.vic.gov.au/smile-squad ను సందర్శించండి**

మీరు చెయ్యవలసినవి:

1. ఈ ప్యాక్‌లోని సమాచారం మొత్తం **చదవండి.**
2. అన్ని పత్రములను ఆంగ్లంలో **పూరించి** సంతకం చేయండి:
   - ఆమోద పత్రం (p4)
   - విద్యార్థి వివరాలు (p5)
   - పిల్లల దంత వైద్య ఉపకారముల వివరాల జాబితా (చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్) బల్క్ బిల్లింగ్ రోగి ఆమోదం (ఐచ్ఛికం) (p6)
   - ఆరోగ్య చరిత్ర (p7)
   - నోటి ఆరోగ్య ప్రశ్నావళి (p8)
3. మీకు వీలైనంత త్వరగా పత్రములను మీ పాఠశాలకు **తిరిగి ఇవ్వండి.**
4. ఈ ప్యాక్‌లోని ఇతర సమాచారం అంతటినీ సూచన కోసం **ఉంచండి.**

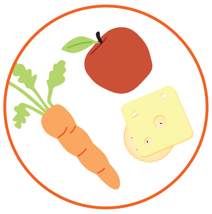
దయచేసి పత్రములను బ్లాక్ క్యాపిటల్స్‌లో పూరించండి.

ఆమోద పత్రం ఇతర భాషలలో చదవడానికి అందుబాటులో ఉంది.

అనువదించిన పత్రముల కోసం www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad ను సందర్శించండి లేదా QR కోడ్ ను స్కాన్ చేయండి.

దయచేసి ఆంగ్ల సంచిక మాత్రమే సమర్పించండి.

సరిగ్గా తినండి, సరిగ్గా త్రాగండి, సరిగ్గా శుభ్రపరుచుకోండి



తాజా ఆహారములను ఎంచుకోండి. తీపి పదార్ధములు, పానీయములు మరియు మిఠాయిలను పరిమితం చేయండి

కుళాయి నీళ్లు పుష్కలముగా త్రాగండి

ఉదయం మరియు రాత్రి ఫ్లోరైడ్ టూత్‌పేస్టుతో పళ్ళు తోముకోండి

దీనికి ఖర్చు ఉందా?

లేదు. ఇది విక్టోరియా ప్రభుత్వం విద్యార్థులందరకు అందించే ఉచిత సేవ.

అభిప్రాయం

మీ అభిప్రాయం (సానుకూలం లేదా ప్రతికూలం) ఎప్పుడైనా తెలియజేయండి. మీ అభిప్రాయమును smilesquad@dhsv.org.au కి ఈమెయిల్ చేయవచ్చు.

దంత సేవలు

స్మైల్ స్క్వాడ్ విక్టోరియా ప్రభుత్వ పాఠశాలల విద్యార్థులకు అర్హత పొందిన నిపుణుల ద్వారా ఉచిత దంత సేవలు అందిస్తుంది.

దంత పరీక్ష (తనిఖీ)

దంత పరీక్షలో పళ్ళు, చిగుళ్ళు, దవడ మరియు నోటికి సంబంధించిన తనిఖీ ఉంటుంది.

ప్రయోజనములు: ఎక్కువ శాతం నోటి వ్యాధులు/పళ్ళ సమస్యలు ప్రారంభ దశలో నొప్పిని కలిగించవు. తరచుగా పరీక్ష చేయడం సమస్యలను ముందుగానే కనుగొనడానికి ఉత్తమ మార్గం. ఏమి జరుగుతుందో తెలుసుకున్న తర్వాత, తదుపరి చికిత్స కోసం ప్రణాళిక రూపొందించవచ్చు.

మీరు ఆమోదిస్తే మరియు విద్యార్థికి ప్రయోజనమైతే, ఈ క్రింది సేవలు అందించబడవచ్చు:

పళ్ళ యొక్క ఎక్స్-రేలు

ఎక్స్-రే యంత్రం శరీరం లోపల ఏమి జరుగుతుందో దాని చిత్రాన్ని రూపొందించడానికి కిరణాలను (రేడియేషన్) ఉపయోగిస్తుంది.

మేము పళ్ళ ఎక్స్-రేలను నోటిలో పెట్టె ఒక చిన్న చిత్రపటాన్ని ఉపయోగించి తీసుకుంటాము.

ప్రయోజనములు: ఎక్స్-రేలు మనకు పళ్ళ గురించి కంటితో చూడలేని సమాచారమును అందిస్తాయి. ఎక్స్-రేలు క్షయం, సంక్రమణ మరియు ఇతర సమస్యలను కనుగొనగలవు.

రిస్కులు: ఎక్స్-రేలు చాలా సురక్షితమైనవి. మేము సాధారణముగా తీసే ఎక్స్-రేలు ఒక విమాన ప్రయాణములో ఉండే కిరణముల కంటే తక్కువ ఉంటాయి.

ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ అప్లికేషన్

ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ అనేది ఒక నివారణ చికిత్స, ఇది కనీసం ప్రతి ఆరు నెలలకు ఒకసారి చేయించినట్లైతే ఉత్తమముగా పనిచేస్తుంది.

పళ్ళపై ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ పూత వేయడం చాలా సులభం మరియు సాధారణముగా కొన్ని నిమిషాలే పడుతుంది. మీరు పళ్ళను తోమే వరకు వార్నిష్ వాటికి అంటుకుని ఉంటుంది.

ప్రయోజనములు: ఫ్లోరైడ్ పళ్ళను ధృడపరచడములోను మరియు పళ్ళ క్షయమును నివారించడములోనూ సహాయపడే ఒక సాధారణ ఖనిజం. ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ క్షయం ప్రారంభించకుండా ఆపగలదు మరియు క్షయం సంభవించే వేగమును తగ్గించగలదు.

రిస్కులు: అరుదుగా అయినప్పటికీ, కొందరికి ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ లోని ఒక పదార్థమునకు అలర్జీ ఉంటుంది. కొలాఫోనీ/రాజిన్, కేసిన్ (పాల ప్రోటీన్) అలర్జీ లేదా తీవ్రమైన ఆస్తమా ఉన్న విద్యార్థులు ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ పొందలేకపోవచ్చు.

ఫిషర్ సీలెంట్లు

సీలెంట్లు అనేవి పళ్ళపై ఉన్న పగుళ్ళకు (ఫిషర్లు) వేయబడే ఒక పూత. అవి సాధారణముగా దంతాల మీద అమర్చబడుతాయి.

ప్రయోజనములు: సీలాంట్లు పళ్ళ పొడవైన పగుళ్ళను కప్పివేసి ఆహారం మరియు సూక్ష్మక్రిములు చిక్కుకోకుండా ఆపుతాయి. ఇది పగుళ్ళలో క్షయం ప్రారంభించడాన్ని, ఇంకా వ్యాపించడాన్ని ఆపివేస్తుంది.

ఎక్కువ శాతం సీలెంట్ పదార్థములలో ఫ్లోరైడ్ ఉంటుంది. సీలెంట్లు కాలక్రమేణా అరిగిపోవచ్చు మరియు పునరుద్ధరించవలసిన లేదా భర్తీ చేయవలసిన అవసరం ఉండవచ్చు.

పళ్ళను శుభ్రపరచడం

పళ్ళను తోమడం ద్వారా పాచి (గట్టి ఫలకం) లేదా మొండి మరకలను తొలగించలేనప్పుడు పళ్ళకు అదనపు శుభ్రత అవసరం కావచ్చు.

ప్రయోజనములు: చిగుళ్ళకు చికాకు కలిగించే పాచిని తొలగించడం ద్వారా చిగుళ్ళ వ్యాధి కలిగే అవకాశాన్ని తగ్గించవచ్చు.

తదుపరి చికిత్స

అదనపు చికిత్స అవసరమైతే, స్మైల్ స్క్వాడ్ దీని గురించి మీతో చర్చించి ఆమోదం కోరుతుంది.

తరచుగా అడుగు ప్రశ్నలు

తల్లిదండ్రులు, చట్టపరమైన రక్షకులు లేదా సంరక్షకులు విద్యార్థి నియామకమునకు హాజరు అవ్వాలా?

తల్లిదండ్రులు, చట్టపరమైన రక్షకులు లేదా సంరక్షకులు కావాలనుకుంటే హాజరు కావచ్చు, కానీ ఇది తప్పనిసరి కాదు.

మీరు హాజరు కావాలనుకుంటే మాకు తెలియజేయడానికి దయచేసి స్మైల్ స్క్వాడ్‌ను సంప్రదించండి.

మరింత చికిత్స అవసరమైతే, నియామకమునకు రమ్మని మేము తల్లిదండ్రులు, చట్టపరమైన రక్షకులు లేదా సంరక్షకులను అడగవచ్చు.

ఏ విద్యార్థి అయినా ఇటీవల దంత చికిత్స పొందినట్లయితే?

ఏ విద్యార్థి అయినా ఇటీవల దంత నియామకమునకు హాజరై ఉంటే, వారిని స్మైల్ స్క్వాడ్ మళ్ళీ చూడగలదు. వారికి ఎక్స్-రేలు మరియు ఇతర నివారణ సేవలు అవసరం ఉండకపోవచ్చు.

స్మైల్ స్క్వాడ్ సందర్శన సమయములో ఏ విద్యార్థి అయినా పాఠశాలకు హాజరు అయ్యుండకపోతే?

ఏ విద్యార్థి అయినా పాఠశాలకు హాజరు అయ్యుండకపోతే, మేము వారిని మరొక రోజు చూస్తాము లేదా వారు తమ స్థానిక సమాజ దంత చికిత్స కేంద్రం వద్ద మమ్మల్ని సందర్శించవచ్చు. అప్పుడు కూడా ఈ సేవలు ఉచితమే.

మీకు అతి సమీపమైన సమాజ దంత చికిత్సాలయమును ఇక్కడ కనుగొనండి: www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

ఆమోదం ఎవరు అందించవచ్చు?

తల్లిదండ్రులు, చట్టపరమైన రక్షకులు లేదా పరిణతి చెందిన మైనర్లు ఈ పత్రములను పూరించి ఆమోదమును అందించవచ్చు.

పరిణతి చెందిన మైనర్‌గా పరిగణించబడేందుకు, విద్యార్థికి వారి పరిస్థితికి సంబంధించిన హాని / నష్టము కలిగే అవకాశాలు, ప్రయోజనములు, మరియు సాధ్యమైన సంక్లిష్టతలతో పాటు మరియు సూచించిన చికిత్సల గురించి సరిపడా అవగాహనతో, సమాచారాత్మక ఆమోదం ఇస్తున్నారని క్లినీషియన్ (దంత చికిత్సను అందించు నిపుణులు) సంతృప్తి చెందాలి.

కొన్ని దంత చికిత్స నిర్ణయములు తీసుకునే సామర్థ్యం విద్యార్థికి ఉంది అని పరిగణించబడవచ్చు కానీ మరికొన్నిటికి కాకపోవచ్చు. ఉన్నత పాఠశాల వయస్సులో ఉన్న విద్యార్థిని క్లినీషియన్ పరిణతి చెందిన మైనర్‌గా పరిగణించినప్పుడు, వారి తల్లిదండ్రులు లేదా చట్టపరమైన రక్షకుల నుంచి ఆమోదం కోరుతారు.

పిల్లల దంత వైద్య ఉపకారముల వివరాల జాబితా (చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్) (CDBS)

కొంత మంది విద్యార్థులు మెడికేర్ ద్వారా ఆస్ట్రేలియా ప్రభుత్వ పిల్లల చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్ (CDBS) కు అర్హులు కావచ్చు.

మీరు CDBS ఆమోద పత్రముపై సంతకం చేస్తే, ఈ దంత సంరక్షణ కోసం మీ తరఫున దావా చేసేందుకు ఆస్ట్రేలియా ప్రభుత్వం మాకు అనుమతి ఇస్తుంది.

చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్ (CDBS) అంటే ఏమిటి?
CDBS అనేది ఒక మెడికేర్ కార్యక్రమము, ఇది అర్హులైన 0–17 సంవత్సరముల వయసు గల వారికి రెండు సంవత్సరముల వ్యవధిలో మౌలిక దంత సంరక్షణను అందిస్తుంది.

విద్యార్థులు వారి CDBS ను ఇలా ఉపయోగించుకోవచ్చు:

- స్మైల్ స్క్వాడ్ సేవల కోసం
- విక్టోరియా ప్రభుత్వ దంత చికిత్సాలయంలో
- ప్రైవేట్ దంత చికిత్సాలయంలో

స్మైల్ స్క్వాడ్ అర్హులైన విద్యార్థుల కోసం CDBS ను ఉపయోగిస్తుంది.

మీరు CDBS ఆమోద పత్రముపై సంతకం చేయకపోయినప్పటికీ, ప్రతి విద్యార్థి స్మైల్ స్క్వాడ్ నుండి ఉచిత దంత సంరక్షణను పొందుతారు. **మీకు ఎటువంటి ఖర్చు ఉండదు.**

మెడికేర్ క్రింద ఖర్చులను దావా చేసేందుకు స్మైల్ స్క్వాడ్‌ను అనుమతించడానికి బల్క్-బిల్లింగ్ CDBS ఆమోద పత్రముపై సంతకం చేయమని మేము మిమ్మల్ని ప్రోత్సహిస్తున్నాము. మరింత మంది విక్టోరియన్లకు దంత సంరక్షణను అందించడంలో ఇది మాకు సహాయపడుతుంది.

సూచన కోసం బల్క్-బిల్లింగ్ ఖర్చులు
మెడికేర్ మేము మీకు ఈ సమాచారం అందించ వలసిందిగా ఆదేశిస్తుంది. మీరు CDBS ఉపయోగిస్తే, ఈ మొత్తాలు మీ CDBS ఉపకారముల పరిమితి నుండి తీసుకోబడతాయి:

సేవ	CDBS బల్క్-బిల్లింగ్ మూల్యము	మీరు చెల్లించ వలసిన మొత్తం
దంత పరీక్ష (తనిఖీ)	$59.60	**$0.00**
పళ్ళ యొక్క ఎక్స్-రేలు (అవసరమైతే)	ప్రతి ఎక్స్-రేకు $34.50	**$0.00**
ఫిషర్ సీలెంట్లు (అవసరమైతే)	ప్రతి పంటికి $52.15 (గరిష్ఠంగా)	**$0.00**
పళ్ళ శుభ్రత (అవసరమైతే)	అవసరమైన శుభ్రత స్థాయిని బట్టి $101.55 (గరిష్ఠంగా)	**$0.00**
అన్ని పళ్ళకు ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ అప్లికేషన్ (అవసరమైతే)	ప్రతి అప్లికేషన్‌కు $39.15 (12 నెలల్లో రెండు అప్లికేషన్ల వరకు)	**$0.00**

గోప్యత

డెంటల్ హెల్త్ సర్వీసెస్ విక్టోరియా (DHSV) సమాజ దంత చికిత్స కేంద్రాల భాగస్వామ్యంతో స్మైల్ స్క్వాడ్‌ను అందిస్తోంది. స్మైల్ స్క్వాడ్ యొక్క రోగి దస్తావేజులకు బాధ్యత DHSV వహిస్తుంది. DHSV మీ గోప్యతను గౌరవిస్తుంది మరియు మీ సమాచారమును కాపాడటానికి కట్టుబడి ఉంటుంది. మేము మీ సమాచారమును ఆరోగ్య రికార్డుల చట్టం, అలాగే గోప్యత మరియు సమాచార భద్రత చట్టం ప్రకారం నిర్వహిస్తాము.

కొన్ని సందర్భములలో, స్మైల్ స్క్వాడ్ యొక్క పరిశోధన మరియు మూల్యాంకన ఉద్దేశ్యముతో పాటు మా సేవలను మెరుగుపరచుకొనడానికి సమాచారము మరియు అభిప్రాయములను సేకరిస్తాము. దీని కోసం మేము మీ గుర్తింపును అజ్ఞాతముగా ఉంచుతాము.

మేము DHSV, విద్యాశాఖ, మరియు ఆరోగ్య శాఖ వంటి ప్రభుత్వ ఏజెన్సీల మధ్య అజ్ఞాత కరించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవలసి ఉంటుంది. విక్టోరియాలోని పాఠశాలలోని విద్యార్థులందరి నోటి ఆరోగ్యం గురించి కలిసి తెలుసుకోవడం కోసం మేము ఇలాచేస్తాము. గుర్తించే సమాచారమును ఏదైనా మేము తొలగిస్తాము.

DHSV యొక్క పూర్తి గోప్యతా నివేదికను చదవడానికి www.dhsv.org.au/privacy ను సందర్శించండి లేదా క్రింది QR కోడ్ ను స్కాన్ చేయండి:

హక్కులు మరియు బాధ్యతలు
మీ ఆరోగ్య సంరక్షణ హక్కుల కాపీ ఆస్ట్రేలియ ఆరోగ్య సంరక్షణలో భద్రత మరియు నాణ్యతా కమిషన్ (ఆస్ట్రేలియన్ కమిషన్ ఆన్ సేఫ్టీ అండ్ క్వాలిటీ ఇన్ హెల్త్ కేర్) వెబ్‌సైట్‌లో లభిస్తుంది.

స్మైల్ స్క్వాడ్‌లో పాల్గొనడానికి ఈ ఆమోద పత్రముపై సంతకం చేయండి

పాఠశాల పేరు: ______________________________ **గ్రేడ్/తరగతి (ఉదా.2B):** ______________________________

విద్యార్థి పూర్తి పేరు: ______________________________ **విద్యార్థి పుట్టిన తేదీ:** ___ / ___ / ___

పైన పేర్కొన్న విద్యార్థి స్మైల్ స్క్వాడ్ పాఠశాల దంత కార్యక్రమములో పాల్గొనడానికి నేను ఆమోదిస్తున్నాను.

విద్యార్థి ఈ క్రింది సేవలను పొందడానికి నేను ఆమోదిస్తున్నాను:

దంత పరీక్ష (తనిఖీ) ☐ అవును ☐ కాదు

గమనిక: ఇతర సేవలను ఏమైన అందించడానికి ముందు మీరు తప్పనిసరిగా దంత పరీక్షకి అవును అని చెప్పాలి.

పళ్ళ యొక్క ఎక్స్-రే (అవసరమైతే) ☐ అవును ☐ కాదు

ఫ్లోరైడ్ వార్నిష్ (అవసరమైతే) ☐ అవును ☐ కాదు

ఫిషర్ సీలెంట్లు (అవసరమైతే) ☐ అవును ☐ కాదు

పళ్ళ శుభ్రత (అవసరమైతే) ☐ అవును ☐ కాదు

నోటి ఆరోగ్య నిపుణుల తదుపరి తరమునకు మేము శిక్షణ ఇస్తున్నాము. విద్యార్థులను అర్హత కలిగిన స్మైల్ స్క్వాడ్ క్లినీషియన్ (దంత చికిత్సను అందించు నిపుణులు) పర్యవేక్షణలో పనిచేసే దంత/నోటి ఆరోగ్య విద్యార్థి చూసే అవకాశం ఉండవచ్చు.

విద్యార్థిని దంత/నోటి ఆరోగ్య విద్యార్థి చూసేందుకు మీరు ఆమోదిస్తారా? ☐ అవును ☐ కాదు

నా పరిజ్ఞానం మేరకు, సరైన సంరక్షణను అందించడానికి అవసరమైన సంబంధిత ఆరోగ్య మరియు వ్యక్తిగత సమాచారమును స్మైల్ స్క్వాడ్‌కు అందించాను అని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

ఆమోదం ఇవ్వడం ద్వారా, ఈ ఆమోద పత్రమును మరియు ఈ ప్యాక్‌లో ఉన్న సమాచారమును నేను చదివాను అని అంగీకరిస్తున్నాను.
ఈ క్రింది విషయములను అర్థం చేసుకునేందుకు నాకు తగినంత సమాచారం ఉంది:

దంత సేవలు

స్మైల్ స్క్వాడ్ అందించే దంత సేవల రకములు, అందులో ఉన్న ప్రయోజనములు మరియు హాని / నష్టము కలిగే అవకాశాలు, సేవలు ఎక్కడ అందించబడతాయి మరియు ఎవరు అందిస్తారు అనే విషయములపై నేను అవగాహన కలిగి ఉన్నాను. అందించే అన్ని సేవలు ఉచితం.

దంత సేవల తర్వాత సంరక్షణ

దంత సేవలు పొందిన తర్వాత పాఠశాలలో విద్యార్థి అస్వస్థతకు గురైతే లేదా పాఠశాలలో నిర్వహించలేని అదనపు సంరక్షణ అవసరమైతే, స్మైల్ స్క్వాడ్ క్లినీషియన్ లేదా పాఠశాల సిబ్బంది తల్లిదండ్రులు, చట్టపరమైన రక్షకులు లేదా సంరక్షకులను సంప్రదించవచ్చు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

గోప్యత

ఈ ప్యాక్‌లోని గోప్యత సమాచారమును చదివి అర్థం చేసుకున్నాను మరియు ఈ కార్యక్రమము విద్యార్థి ఆరోగ్య సంరక్షణ సమాచారమును ఎలా నిర్వహిస్తుందో గుర్తిస్తున్నాను.

తల్లిదండ్రులు/రక్షకులు/విద్యార్థి* సంతకం: ______________________________

తల్లిదండ్రులు/రక్షకులు/విద్యార్థి* పూర్తి పేరు: ______________________________ **తేదీ:** ___ / ___ / ___

*18 సంవత్సరాలు లేదంటే అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న విద్యార్థులు, మరియు దంత సేవలను పొందడానికి పరిణతి చెందిన మైనర్‌గా పరిగణించబడిన వారు తమ స్వంత ఆమోదం ఇవ్వవచ్చు. ఈ ఆమోదం సంతకం చేసిన తేదీ నుండి 12 నెలల పాటు అమలులో ఉంటుంది.

మార్గదర్శక పత్రము మాత్రమే
దయచేసి ఆంగ్లంలో ఉన్న ఆమోద పత్రాన్ని పూరించి తిరిగి ఇవ్వండి

పాఠశాల పేరు: ______________________ **గ్రేడ్ / తరగతి (ఉదా. 2B):** ______________________

విద్యార్థి వివరములు

పేరు: ______________________ **ఇంటి పేరు:** ______________________

లింగం: ☐ **మగ** ☐ **ఆడ** ☐ **ఇతర,** దయచేసి పేర్కొనండి ______________________ **పుట్టిన తేదీ:** ___ / ___ / ___

విద్యార్థి కోరే వ్యక్తిగత సర్వనామములు ఏమిటి? (ఐచ్ఛికం) ______________________

చిరునామా: ______________________

ఉపనగరం: ______________________ **పిన్ కోడ్:** ______________________

మీరు స్వంతముగా ఆమోదం ఇస్తున్న విద్యార్థి అయితే, దయచేసి ఈ క్రింది వివరములను నమోదు చేయండి:

ఫోన్ నంబర్: ______________________ **ఈమెయిల్:** ______________________

తల్లిదండ్రులు/రక్షకుల వివరములు

పేరు: ______________________

ఇంటి పేరు: ______________________

విద్యార్థితో సంబంధం: ______________________

ఫోన్ నంబర్: ______________________

ఈమెయిల్: ______________________

అదనపు తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల వివరాలు (ఐచ్ఛికం)

పేరు: ______________________

ఇంటి పేరు: ______________________

విద్యార్థితో సంబంధం: ______________________

ఫోన్ నంబర్: ______________________

ఈమెయిల్: ______________________

విద్యార్థి ఆస్ట్రేలియ ఆదివాసి (ఆబోరిజినల్) లేదా టొర్రెస్ స్ట్రైట్ ద్వీపవాసా?

☐ కాదు, ఆస్ట్రేలియ ఆదివాసి (ఆబోరిజినల్) లేదా టొర్రెస్ స్ట్రైట్ ద్వీపవాసి కాదు

☐ ఆస్ట్రేలియ ఆదివాసి (ఆబోరిజినల్)

☐ టొర్రెస్ స్ట్రైట్ ద్వీపవాసి

☐ ఆస్ట్రేలియ ఆదివాసి (ఆబోరిజినల్) మరియు టొర్రెస్ స్ట్రైట్ ద్వీపవాసి

☐ చెప్పడానికి ఇష్టపడుట లేదు

విద్యార్థి ఆశ్రయార్థి లేదా శరణార్థా?

☐ కాదు, ఆశ్రయార్థి లేదా శరణార్థి కాదు

☐ శరణార్థి

☐ ఆశ్రయార్థి

☐ చెప్పడానికి ఇష్టపడుట లేదు

అనువాదకుడు / అనువాదకురాలు అవసరమా? ☐ అవును ☐ కాదు

కోరే భాష: ______________________

విద్యార్థి ఆస్ట్రేలియాలో పుట్టారా? ☐ అవును ☐ కాదు, వారు ఏ దేశంలో పుట్టారు? ______________________

విద్యార్థికి మెడికేర్ కార్డు లేకపోతే, దయచేసి ఈ విభాగాన్ని ఖాళీగా ఉంచండి.

విద్యార్థి యొక్క మెడికేర్ కార్డ్ సంఖ్య: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

వ్యక్తిగత సూచన సంఖ్య: ☐

గడువు తేదీ: ☐☐ / ☐☐☐☐

మార్గదర్శకపత్రము మాత్రమే
దయచేసి ఆంగ్లంలో ఉన్న ఆమోదపత్రాన్ని పూరించి తిరిగి ఇవ్వండి

Australian Government
Department of Health

పిల్లల దంత వైద్య ఉపకారముల వివరాల జాబితా (చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్) బల్క్ బిల్లింగ్ రోగి ఆమోద పత్రము

<u>రోగి / చట్టపరమైన రక్షకుడు / రక్షకురాలైన</u> నేను, ఈ క్రిందివి నాకు తెలియజేయబడినట్లుగా ధ్రువీకరిస్తున్నాను:

- చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్ క్రింద అందించబడిన లేదా ఈ తేదీ నుండి అందించబోతున్న చికిత్స గురించి;
- ఈ చికిత్సకు సంభావ్యమైన ఖర్చు గురించి; మరియు
- ఉపకార పరిమితి (బెనిఫిట్స్ క్యాప్) క్రింద సరిపడా నిధులు ఉన్నట్లయితే, చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్ క్రింద సేవలకు నేను బల్క్ బిల్ చేయబడుతాను మరియు ఈ సేవల కోసం నేను స్వంతగా ఖర్చులు (అవుట్-ఆఫ్-పాకెట్ ఖర్చులు) చెల్లించవలసిన అవసరం లేదు.

నాకు / రోగికి, దంత వైద్య ఉపకారములు కేవలం ఉపకార పరిమితి వరకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటాయని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

కొన్ని సేవలకు ఉపకారములపై పరిమితులు ఉండవచ్చని మరియు చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్ పరిమితమైన సేవల పరిధిని అందిస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. చైల్డ్ డెంటల్ బెనిఫిట్స్ షెడ్యూల్ ద్వారా అందించబడని సేవల ఖర్చులను నేను స్వంతంగా చెల్లించవలసి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

అందుబాటులో ఉన్న ఉపకార పరిమితిని సేవల ఖర్చులు తగ్గిస్తాయని మరియు ఉపకారములు పూర్తిగా వినియోగించబడిన తరువాత అదనపు సేవలు ఏవైనా ఉంటే వాటి ఖర్చులు నేను స్వంతంగా చెల్లించవలసి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

సూచన #

రోగి యొక్క మెడికేర్ సంఖ్య:	రోగి / చట్టపరమైన రక్షకుడు / రక్షకురాలి యొక్క సంతకం
రోగి యొక్క పూర్తి పేరు	సంతకం చేస్తున్న వ్యక్తి యొక్క పూర్తి పేరు (రోగి కాకపోతే)
	తేదీ

ఈ పత్రము సంతకం చేసిన క్యాలెండర్ సంవత్సరములో డిసెంబరు 31 వరకు చెల్లుబాటు అవుతుంది.

మార్గదర్శక పత్రము మాత్రమే
దయచేసి ఆంగ్లంలో ఉన్న ఆమోద పత్రాన్ని పూరించి తిరిగి పంపండి

విద్యార్థికి తెలిసిన అలెర్జీలు ఏమైనా ఉన్నాయా?

☐ అవును ☐ కాదు **అవును అయితే:**

☐ యాంటీబయాటిక్స్ ☐ కేసిన్ (పాల ప్రోటీన్) ☐ కోలోఫనీ/రోసిన్ ☐ ఆహారం

☐ లాటెక్స్ లేదా టేపులు ☐ ఇతర మందులు ☐ ఇతరత్రా

విద్యార్థి ప్రస్తుతం ఏవైనా మందులు వాడుతున్నారా?

☐ అవును ☐ కాదు **అవును అయితే, దయచేసి మందుల పేర్లు, వాటి మోతాదు మరియు ఎంత తరచూ తీసుకుంటున్నారో పేర్కొనండి**

విద్యార్థికి ఊపిరితిత్తుల సమస్యలు ఏమైనా ఉన్నాయా?

☐ అవును ☐ కాదు **అవును అయితే:**

☐ ఆస్తమా → ఆసుపత్రిలో చేరినట్లయితే, నెల మరియు సంవత్సరం పేర్కొనండి

☐ ఊపిరితిత్తుల జబ్బు ☐ క్షయవ్యాధి ☐ ఇతరత్రా

విద్యార్థికి గుండె (కార్డియోవాస్కులర్) సమస్య ఉందా?

☐ అవును ☐ కాదు **అవును అయితే:**

☐ గుండె లోపం ☐ గుండె శస్త్రచికిత్స ☐ కీళ్ళవాతపు గుండె జబ్బు

☐ తక్కువ లేదా అధిక రక్తపోటు ☐ అధిక రక్తస్రావం లేదా రక్త రుగ్మత ☐ ఇతరత్రా

విద్యార్థికి ఇంద్రియ, అభిజ్ఞా రుగ్మతలు లేదా అదనపు అవసరాలు (వైకల్యం) ఏమైనా ఉన్నాయా?

☐ అవును ☐ కాదు **అవును అయితే:**

☐ ఆందోళన (ఆంగ్జైటీ) లేదా నిరాశ (డిప్రెషన్) ☐ అటెన్షన్ డెఫిసిట్ డిసార్డర్లు ☐ ఆటిజం స్పెక్ట్రం డిసార్డర్ ☐ శారీరక (వీల్ చైర్ అందుబాటులో ఉండవలసిన అవసరంతో సహా)

☐ మేధస్సు ☐ దృష్టి లేదా వినికిడి లోపం ☐ ఇతరత్రా

విద్యార్థికి ఇతర ఆరోగ్య లేదా వైద్య పరిస్థితి ఉందా?

☐ అవును ☐ కాదు **అవును అయితే:**

☐ టైప్ 1 డయాబెటిస్ ☐ టైప్ 2 డయాబెటిస్ ☐ క్యాన్సర్ ☐ దీర్ఘకాలిక ఆరోగ్య సమస్య (ఉదా. స్ట్రోక్, ఆర్థరైటిస్)

☐ మూత్రపిండ వ్యాధి ☐ కాలేయ వ్యాధి ☐ మూర్ఛ (ఫిట్స్) ☐ ఇతర శస్త్రచికిత్స (ఉదా. ట్రాన్స్‌ప్లాంట్, కృత్రిమ కీళ్ళు)

☐ ఇతరత్రా

విద్యార్థి గర్భవతి అయ్యే అవకాశం ఉందా? ☐ అవును ☐ కాదు ☐ వర్తించదు

విద్యార్థి పొగాకు ఉత్పత్తులు (ధూమపానం) లేదా ఈ-సిగరెట్లను (వేపింగ్) వాడుతున్నారా? ☐ అవును ☐ కాదు ☐ వర్తించదు

అవును అయితే: ☐ ధూమపానం ☐ వేపింగ్ ☐ ఇతరత్రా

విద్యార్థి మద్యం త్రాగుతారా? ☐ అవును ☐ కాదు ☐ వర్తించదు

మీరు పైన పేర్కొన్న వాటిలో దేనికైనా **ఇతరత్రా** అని సమాధానం ఇచ్చినట్లయితే, దయచేసి వివరించండి.

మార్గదర్శక పత్రము మాత్రమే
దయచేసి ఆంగ్లంలో ఉన్న ఆమోద పత్రాన్ని పూరించి తిరిగి ఇవ్వండి

విద్యార్థి గురించి మరింత అర్థం చేసుకొని వారికి ఉత్తమ ప్రణాళికను రూపొందించడంలో మాకు సహాయపడటానికి ఈ క్రింది ప్రశ్నలను అడుగుతున్నాము.

విద్యార్థికి వారి నోటిలో నొప్పి ఉందా (ఉదా. పళ్ళ సమస్య కారణంగా నిద్రతో ఇబ్బంది)?	☐ అవును ☐ కాదు
విద్యార్థికి వారి పళ్ళ లేదా నోటి సమస్య కారణంగా తినడంలో లేదా త్రాగడంలో ఇబ్బంది ఉందా?	☐ అవును ☐ కాదు
విద్యార్థికి వారి పళ్ళ లేదా నోటి సమస్య కారణంగా స్పష్టంగా మాట్లాడడంలో ఇబ్బంది ఉందా?	☐ అవును ☐ కాదు
విద్యార్థి పళ్ళ లేదా నోటి సమస్య కారణంగా పాఠశాల లేదా ఇతర కార్యక్రమాలకు దూరమయ్యారా?	☐ అవును ☐ కాదు
విద్యార్థి వారి పళ్ళ లేదా నోటి సమస్య కారణంగా ఇతర విద్యార్థుల మధ్య చిరునవ్వు నవ్వటం, నవ్వటం లేదా పళ్ళను చూపించటం మానుకున్నారా?	☐ అవును ☐ కాదు
విద్యార్థి ఇంతకు ముందు వారి పళ్ళను పరీక్ష చేయించారా?	☐ అవును ☐ కాదు అవును అయితే, తేదీ (తెలిస్తే) ______
విద్యార్థి గత మూడు సంవత్సరాల్లో పళ్ళ క్షయం కారణంగా ఏమైనా పళ్ళు నింపించుకున్నారా లేదా తీయించుకున్నారా?	☐ అవును ☐ కాదు ☐ నాకు తెలియదు
విద్యార్థి పండ్ల రసాలు, శీతల పానీయములు లేదా కార్డియల్ వంటి చక్కెర కలిగిన పానీయములు ఎంత తరచుగా తాగుతారు?	☐ రోజుకు మూడు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ సార్లు ☐ రోజుకు ఒకటి లేదా రెండుసార్లు ☐ వారానికి కొన్ని సార్లు ☐ దాదాపు ఎప్పుడూ కాదు
విద్యార్థి టూత్‌పేస్ట్‌తో వారి పళ్ళను ఎంత తరచుగా తోముకుంటారు?	☐ రోజుకు ఒకసారి (ఉదయం) ☐ రోజుకు ఒకసారి (సాయంత్రం) ☐ రోజుకు రెండు సార్లు ☐ రోజుకు ఒకసారి కంటే తక్కువ సార్లు ☐ రోజుకు రెండుసార్లు కంటే ఎక్కువ సార్లు
మునుపటి దంత సందర్శనల సమయములో లేదా దాని తర్వాత విద్యార్థికి భయాలు, సున్నితత్వాలు లేదా ప్రతికూల అనుభవాలు మేము తెలుసుకోవలసినవి ఏమైనా ఉన్నాయా?	☐ అవును ☐ కాదు
విద్యార్థి ఇంకా సమర్థంగా ఎదుర్కొనడానికి సహాయపడే వ్యూహాలు లేదా మద్దతులను ఏవైనా ఉపయోగిస్తున్నారా? ఉదా. ఇష్టమైన ఆటబొమ్మ, iPhone ఆప్, పుస్తకం (అవును అయితే, వివరములను క్రింద అందించండి మరియు దయచేసి తదుపరి సందర్శనకు తీసుకురండి)	☐ అవును ☐ కాదు
విద్యార్థితో పాటు ఒకే ఇంట్లో నివసించే కుటుంబ సభ్యులు లేదా వ్యక్తి ఎవరికి అయిన వారి పళ్ళ మరియు/లేదా చిగుళ్ళకు సంబంధించిన కీలకమైన సమస్యలు ఏమైనా ఉన్నాయా?	☐ అవును ☐ కాదు ☐ నాకు తెలియదు
విద్యార్థి పళ్ళు మరియు నోటిని పరీక్ష చేసే ముందు మాకు తెలియజేయవలసినది మరేదైనా ఉందా? అవును అయితే, దయచేసి క్రింద వివరములను అందించండి.	☐ అవును ☐ కాదు

మార్గదర్శక పత్రము మాత్రమే