دانتوں کی مفت دیکھ بھال

dental health
services victoria

SMILE
SQUAD

سمائل اسکواڈ (Smile Squad) فری اسکول ڈینٹل پروگرام

سمائل اسکواڈ جلد ہی آپ کے اسکول کا دورہ کر رہا ہے۔

وکٹوریہ کی حکومت کا اسکول ڈینٹل پروگرام وکٹوریہ کے سرکاری اسکولوں کے تمام طلباء کے لیے مفت ہے۔ اس پیک پر دستخط کریں اور واپس کریں تاکہ یہ یقینی بنایا جا سکے کہ آپ کا خاندان محروم نہ رہے۔

تمام طلباء/طالبات ل یہ حاصل کر سکتے ہیں:

- دانتوں کا مفت معائنہ
- دانتوں کو صحت مند رکھنے کے لیے حفاظتی خدمات
- عمومی علاج (اگر ضرورت ہو)

مزید معلومات کے لیے، یا اگر آپ کو فارم بھرنے میں مدد کی ضرورت ہو:

- **ای میل: smilesquad@dhsv.org.au**
- **فون: 1300 503 977**
- **ملاحظہ کریں: www.health.vic.gov.au/smile-squad**

آپ کو کیا کرنے کی ضرورت ہے:

1. اس پیک میں تمام معلومات کو **پڑھیں**۔
2. **انگریزی میں** تمام فارم بھریں اور دستخط کریں:
   - رضامندی کا فارم (p4)
   - طالب علم کی تفصیلات (p5)
   - بچوں کے دانتوں کے فوائد کا شیڈول بلک بلنگ کے لیے مریض کی رضامندی (اختیاری) (p6)
   - طبی ہسٹری (p7)
   - منہ کی صحت کا سوالنامہ (p8)
3. **جتنی جلدی** ہو سکےان فارموں کو اپنے اسکول کو واپس جمع کروئیں۔
4. **دیگر** تمام معلومات کے حوالے کے لیے اس پیک کو اپنے پاس رکھیں۔

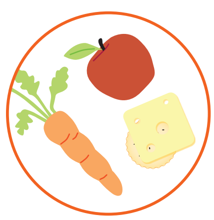
براہ کرم بڑے حروف استعمال کرتے ہوئے فارم پُر کریں۔

رضامندی کا فارم دوسری زبانوں میں پڑھنے کے لیے دستیاب ہے۔

ترجمہ شدہ فارم تلاش کرنے کے لیے ملاحظہ کریں www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad یا QR کوڈ اسکین کریں۔

براہ کرم صرف انگریزی ورژن جمع کروائیں۔

اچھی طرح کھائیں، اچھی طرح پیئں، اچھی طرح صاف کریں



تازہ کھانے کا انتخاب کریں اور میٹھے کھانوں، مشروبات اور مٹھائیوں کو محدود کردیں

کافی مقدار میں نل کا پانی پیئں

فلورائیڈ ٹوتھ پیسٹ سے صبح اور رات کو برش کریں

کیا اس کی کوئی لاگت ہے؟

نہیں، یہ تمام طلباء کے لیے ایک مفت سروس ہے، جو وکٹوریہ کی حکومت کی طرف سے فراہم کی گئی ہے۔

تاثرات

براہ کرم ہمیں کسی بھی وقت بتائیں کہ آپ کیا سوچتے ہیں (اچھا یا برا)۔
آپ تاثرات یہاں پر ای میل کر سکتے ہیں smilesquad@dhsv.org.au

ڈینٹل سروسز

سمائل اسکواڈ وکٹوریہ کے سرکاری اسکولوں میں طلباء کو مستند پیشہ ور افراد کے ذریعے مفت دانتوں کی خدمات فراہم کرتا ہے۔

دانتوں کا معائنہ (چیک اپ)

دانتوں کے چیک اپ میں دانتوں، مسوڑھوں، جبڑے اور منہ کی جانچ شامل ہے۔

فوائد: زیادہ تر منہ کی بیماریاں/ دانت کے مسائل ابتدائی مراحل میں درد کا باعث نہیں بنتے۔ باقاعدگی سے چیک اپ مسائل کو جلد تلاش کرنے کا بہترین طریقہ ہے۔ ایک بار جب ہمیں معلوم ہو جاتا ہے کہ کیا ہو رہا ہے، ہم فالو اپ علاج کا منصوبہ بنا سکتے ہیں۔

اگر آپ رضامندی دیتے ہیں، تو درج ذیل خدمات فراہم کی جا سکتی ہیں بشرطیکہ ان سے کسی طالب علم کو فائدہ ہوتا ہو:

دانتوں کا ایکس رے

جسم کے اندر کیا ہو رہا ہے اس کی تصویر بنانے کے لیےایک ایکس رے مشین تابکاری کا استعمال کرتی ہے۔

دانتوں کا ایکسرے کرنے کے لیے ہم منہ کے اندر ایک چھوٹی فلم ڈالتے ہیں۔

فوائد: ایکس رے ہمیں دانتوں کے بارے میں وہ معلومات فراہم کرتے ہیں جو صرف آنکھ سے نہیں دیکھی جا سکتیں۔ ایکس رے کے ذریعے انحطاط، انفیکشن اور دیگر مسائل تلاش کئے جا سکتے ہیں۔

خطرات: ایکس رے بہت محفوظ ہیں۔ ہم عام طور پرجو ایکس رے لیتے ہیں وہ ہوائی جہاز کی پرواز کے مقابلے میں کم تابکاری کے حامل ہوتے ہیں۔

فلورائیڈ وارنش لگانا

فلورائیڈ وارنش ایک حفاظتی علاج ہے جو کم از کم ہر چھ ماہ بعد لگانے پر بہترین کام کرتا ہے۔

فلورائیڈ وارنش کو دانتوں پر پینٹ کرنا بہت آسان ہے اور عام طور پر چند منٹ لگتے ہیں۔ وارنش دانتوں پر اس وقت تک چپکی رہتی ہے جب تک کہ آپ انہیں برش نہ کریں۔

فوائد: فلورائیڈ ایک عام معدنیات ہے جو مضبوط دانتوں کی تعمیر میں مدد دیتی ہے اور دانتوں کی خرابی کو روکنے میں مدد دیتی ہے۔ فلورائیڈ وارنش انحطاط کو شروع ہونے سے روک سکتی ہے اور اسکی رفتار کو سست کر سکتی ہے۔

خطرات: اگرچہ کہ ایسا شاذ و نادر ہوتا ہے، کچھ لوگوں کو فلورائیڈ وارنش کے اجزاء سے الرجی ہوتی ہے۔ colophony/rosin، casein (دودھ کی پروٹین) یا سے الرجی رکھنے والے اور شدید دمہ کے شکار طلباء/طالبات فلورائیڈ وارنش نہیں لے سکتے۔

فشر سیلنٹس (Fissure sealants)

سیلنٹس دانتوں کے اندر گڑھوں (fissures) پر پینٹ کی گئی کوٹنگ ہے۔ اسے عام طور پر داڑھ کے دانتوں پر رکھا جاتا ہے۔

فوائد: سیلنٹس دانتوں کی grooves کو ڈھانپتے ہیں اور خوراک اور جراثیم کو پھنسنے سے روکتے ہیں۔ یہ grooves میں انحطاط کو شروع ہونے اور پھیلنے سے روکتے ہیں۔

زیادہ تر سیلنٹ فلورائڈ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ سیلنٹس وقت کے ساتھ ساتھ ختم ہو سکتے ہیں اور انہیں مزید بھرنے یا تبدیل کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

دانتوں کی صفائی

جب ٹوتھ برش کرنے سے کیلکولس (بیکٹیریا کی تہہ) یا سخت داغ نہ ہٹیں تو دانتوں کی اضافی صفائی کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

فوائد: ہم کیلکولس کو ہٹا کر مسوڑھوں کی بیماری کے خطرے کو کم کر سکتے ہیں، یہ بیماری مسوڑھوں کی سوزش کا باعث بن سکتی ہے۔

فالو اپ علاج

اگر اضافی علاج کی ضرورت ہو تو، سمائل اسکواڈ اس پر بات کرے گا اور رضامندی طلب کرے گا۔

اکثر پوچھے گئے سوالات

کیا والدین، قانونی سرپرستوں یا دیکھ بھال کرنے والوں کو طالب علم کی اپائنٹمنٹ میں شرکت کرنے کی ضرورت ہے؟

والدین، قانونی سرپرست، یا دیکھ بھال کرنے والے اگر چاہیں تو انہیں شرکت کے لیے خوش آمدید کہا جاتا ہے، لیکن یہ شرط نہیں ہے۔

اگر آپ شرکت کرنا چاہتے ہیں تو براہ کرم ہمیں بتانے کے لیے سمائل اسکواڈ سے رابطہ کریں۔

اگر مزید علاج کی ضرورت ہو تو، ہم والدین، قانونی سرپرست، یا دیکھ بھال کرنے والے کو اپائنٹمنٹ پر بلا سکتے ہیں۔

اگر کسی طالب علم نے حال ہی میں دانتوں کا علاج کرایا ہو تو کیا ہوگا؟

اگر کسی طالب علم نے حال ہی میں دانتوں کو دکھایا ہو تو اسے سمائل اسکواڈ کے ذریعے دوبارہ دیکھا جا سکتا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ انہیں ایکسرے اور دیگر حفاظتی خدمات کی ضرورت نہ ہو۔

اگر کوئی طالب علم سمائل اسکواڈ کے دورے کے دوران اسکول نہ آیا تو کیا ہوگا؟

اگر کوئی طالب علم اسکول نہ آیا ہو، تو ہم اسے کسی اور دن دیکھیں گے یا وہ اپنی مقامی کمیونٹی کی ڈینٹل ایجنسی میں ہم سے مل سکتا ہے۔ یہ خدمات اب بھی مفت ہیں۔

اپنا قریبی کمیونٹی ڈینٹل کلینک یہاں پر تلاش کریں:
www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

کون رضامندی فراہم کر سکتا ہے؟

والدین، قانونی سرپرست یا سمجھ دار نابالغ یہ فارم مکمل کر سکتے ہیں اور رضامندی فراہم کر سکتے ہیں۔

سمجھ دار نابالغ مانے جانے کے لیے، معالج کو مطمئن ہونا چاہیے کہ طالب علم اپنی بیماری کے خطرات، فوائد، اور ممکنہ پیچیدگیوں اورتجویز کردہ علاج کی باخبر رضامندی دینے کے لیے کافی سمجھ بوجھ رکھتا ہے۔

ایک طالب علم کو دانتوں کے علاج کے کچھ فیصلے کرنے کے قابل سمجھا جا سکتا ہے لیکن دوسرے فیصلوں کے لیے نہیں۔ جب ایک معالج کسی سیکنڈری اسکول کی عمر کے طالب علم کو سمجھ دار نابالغ نہیں سمجھتا، تو وہ والدین یا قانونی سرپرست سے رضامندی طلب کرے گا\گی۔

چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول (CDBS)

کچھ طلباء میڈی کیئر کے ذریعے آسٹریلیا کی حکومت کے چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول (CDBS) کے اہل ہو سکتے ہیں۔

اگر آپ CDBS کے رضامندی کے فارم پر دستخط کرتے ہیں تو آسٹریلیا کی حکومت ہمیں دانتوں کی اس دیکھ بھال کے لیے آپ کی طرف سے کلیم دائر کرنے کی اجازت دیتی ہے۔

چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول (CDBS) کیا ہے؟

CDBS ایک میڈی کیئر پروگرام ہے جو 0 سے 17 سال کے اہل افراد کو دو سال کی مدت میں دانتوں کی بنیادی دیکھ بھال فراہم کرتا ہے۔

طلباء درج ذیل کے لیے اپنا CDBS استعمال کر سکتے ہیں:

- سمائل اسکواڈ کی خدمات کے لیے
- وکٹوریہ کے سرکاری ڈینٹل کلینک میں
- کسی پرائیویٹ ڈینٹل کلینک میں

سمائل اسکواڈ اہل طلباء کے لیے CDBS استعمال کرے گا۔

اگر آپ CDBS کے رضامندی کے فارم پر دستخط نہیں کرتے، تب بھی ہر طالب علم کو سمائل اسکواڈ کی جانب سے دانتوں کی مفت دیکھ بھال فراہم کی جائے گی۔ **آپ کا کوئی خرچہ نہیں ہوگا۔**

ہم آپ کو بلک بلنگ کے لیے CDBS کے رضامندی فارم پر دستخط کرنے کی ترغیب دیتے ہیں تاکہ سمائل اسکواڈ کو میڈی کیئرکے تحت اخراجات کا کلیم دائر کرنے کی اجازت دی جا سکے۔ اس سے ہمیں وکٹوریہ کے مزید باشندوں کو دانتوں کی دیکھ بھال فراہم کرنے میں مدد ملتی ہے۔

ریفرنس کے لیے بلک بلنگ کے اخراجات

میڈی کیئر کا تقاضا ہے کہ ہم آپ کو یہ معلومات فراہم کریں۔ اگر آپ CDBS استعمال کرتے ہیں تو یہ رقوم آپ کے CDBS فوائد کی حد سے لی جائیں گیں:

سروس	CDBS بلک بل شدہ فیس	آپ کتنی ادائیگی کرتے ہیں
دانتوں کا معائنہ (چیک اپ)	$59.60	**$0.00**
دانتوں کے ایکس رے (اگر ضرورت ہو)	$34.50 فی ایکس رے	**$0.00**
Fissure سیلنٹس (اگر ضرورت ہو)	$52.15 (زیادہ سے زیادہ) فی دانت	**$0.00**
دانتوں کی صفائی (اگر ضرورت ہو)	$101.55 (زیادہ سے زیادہ) صفائی کی ضرورت کے درجے پر منحصر ہے	**$0.00**
تمام دانتوں پر فلورائیڈ وارنش لگانا (اگر ضرورت ہو)	ایک دفعہ کے $39.15 (12 ماہ کے اندر دو دفعہ تک)	**$0.00**

رازداری

ڈینٹل ہیلتھ سروسز وکٹوریہ (DHSV) کمیونٹی ڈینٹل ایجنسیوں کے ساتھ مل کر سمائل اسکواڈ کی خدمات فراہم کر رہی ہے۔ DHSV سمائل اسکواڈ مریض کی دستاویزات تیار کرنے کے لیے ذمہ دار ہے۔ DHSV آپ کی رازداری کا احترام کرتا ہے اور آپ کی معلومات کی حفاظت کے لیے پرعزم ہے۔ ہم آپ کی معلومات کو *ہیلتھ ریکارڈز ایکٹ اور پرائیویسی اینڈ ڈیٹا پروٹیکشن ایکٹ* کے مطابق ہینڈل کریں گے۔

مخصوص اوقات میں ہم سمائل اسکواڈ کی تحقیق اور تشخیص کے مقاصد اور اپنی خدمات کو بہتر بنانے کے لیے ڈیٹا اور فیڈ بیک اکٹھا کریں گے۔ ہم اس کے لیے آپ کی شناخت کو خفیہ رکھیں گے۔

ہمیں سرکاری ایجنسیوں جیسے DHSV، محکمہ تعلیم، اور محکمہ صحت کے درمیان بے نام معلومات کا اشتراک کرنے کی ضرورت ہوگی۔ ہم ایسا اس لیے کریں گے تاکہ ہم سب مل کر وکٹوریہ کے اسکول میں تمام طلباء کی دانتوں کی صحت کے بارے میں آگاہی حاصل کر سکیں۔ ہم کسی بھی طرح کی شناختی معلومات کو ہٹا دیں گے۔

DHSV کا رازداری کا مکمل بیان پڑھنے کے لیے www.dhsv.org.au/privacy پر جائیں یا نیچے دیئے گئے QR کوڈ کو اسکین کریں:

حقوق اور ذمہ داریاں

آپ کی صحت کی دیکھ بھال کے حقوق کی ایک کاپی آسٹریلین کمیشن آن سیفٹی اینڈ کوالٹی آن ہیلتھ کیئر کی ویب سائٹ پر دستیاب ہے۔

سمائل اسکواڈ میں حصہ لینے کے لیے اس رضامندی فارم پر دستخط کریں

اسکول کا نام: ____________________ **گریڈ/کلاس (جیسے 2B):** ____________________

طالب علم کا پورا نام: ____________________ **طالب علم کی تاریخ پیدائش:** ____ / ____ / ____

میں مذکورہ طالب علم کو سمائل اسکواڈ اسکول ڈینٹل پروگرام میں شرکت کے لیے رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

میں طالب علم کو درج ذیل خدمات حاصل کرنے کے لیے رضامندی دیتا/دیتی ہوں:

دانتوں کا معائنہ (چیک اپ) ☐ ہاں ☐ نہیں

نوٹ: آپ کو دانتوں کے چیک اپ کے لیے ہاں کہنا ہوگا اگر آپ کوئی دوسری خدمات حاصل کرنا چاہتے ہیں۔

دانتوں کا ایکس رے (اگر ضرورت ہو) ☐ ہاں ☐ نہیں　　**Fissure سیلنٹس** (اگر ضرورت ہو) ☐ ہاں ☐ نہیں

فلورائیڈ وارنش (اگر ضرورت ہو) ☐ ہاں ☐ نہیں　　**دانت کی صفائی** (اگر ضرورت ہو) ☐ ہاں ☐ نہیں

> ہم منہ کی صحت سے متعلق پیشہ ور افراد کی اگلی نسل کو تربیت دے رہے ہیں۔ طلباء کو دانتوں/منہ کی صحت کا طالب علم دیکھ سکتا ہے جو کہ ایک مستند سمائل اسکواڈ کلینشین کی نگرانی میں کام کرتا ہے۔
>
> کیا آپ اس بات کی رضامندی دیتے ہیں کہ طالب علم کو دانتوں/منہ کی صحت کا کوئی طالب علم دیکھے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

میں اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے، اپنی بہترین معلومات کے مطابق، سمائل اسکواڈ کو صحت اور ذاتی معلومات فراہم کی ہیں جو کہ مناسب دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے درکار ہیں۔

رضامندی دیتے ہوئے، میں اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے رضامندی کا یہ فارم اور اس پیک میں موجود معلومات کو پڑھ لیا ہے۔ میرے پاس درج ذیل کو سمجھنے کے لیے کافی معلومات ہیں:

ڈینٹل سروسز

میں سمائل اسکواڈ کی طرف سے پیش کی جانے والی دانتوں کی خدمات کی اقسام سے واقف ہوں، بشمول اس میں شامل فوائد اور خطرات، خدمات کہاں فراہم کی جائیں گی، اور کون انہیں فراہم کرے گا۔ فراہم کردہ تمام خدمات مفت ہیں۔

دانتوں کی خدمات کے بعد کی دیکھ بھال

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر کوئی طالب علم دانتوں کی خدمات حاصل کرنے کے بعد اسکول میں بیمار ہوجاتا ہے، یا اگر انہیں اضافی دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے جس کا اسکول میں انتظام نہیں کیا جاسکتا تو سمائل اسکواڈ کا معالج یا اسکول کا عملہ والدین، قانونی سرپرست، یا دیکھ بھال کرنے والے سے رابطہ کرسکتا ہے۔

رازداری

میں نے اس پیک میں رازداری کی معلومات کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے اور اس بات کو تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ یہ پروگرام کس طرح طلباء/طالبات کی صحت کی دیکھ بھال کی معلومات کا نظم و نسق کرے گا۔

والدین/سرپرست/طالب علم* کے دستخط: ____

والدین/سرپرست/طالب علم* کا پورا نام: ______________________________ **تاریخ:** ____ / ____ / ____

* 18 سال یا اس سے زیادہ عمر کے طلباء/طالبات، اور وہ لوگ جنہیں دانتوں کی خدمات تک رسائی کے مقصد سے سمجھ دارنابالغ سمجھا جاتا ہے، اپنے لیے رضامندی دے سکتے ہیں۔

یہ رضامندی اس فارم پر دستخط ہونے کی تاریخ سے 12 ماہ تک کارآمد رہے گی۔

صرف رہنمائی کے لیے
رضامندی کے انگریزی فارم کو بھریں اور واپس جمع کروائیں

اسکول کا نام: ____________________ گریڈ/کلاس (مثلاً 2B): ____________________

طالب علم کی تفصیلات

پہلا نام: ____________________ خاندانی نام: ____________________

جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی ☐ **دیگر**، براہ کرم وضاحت کریں ____________________ **تاریخ پیدائش:** ____ / ____ / ____

طالب علم ترجیحی طور پر He/She وغیرہ میں سے کیا کہلوانا پسند کرتا ہے؟ (اختیاری) ____________________

پتہ: ____________________

سبرب: ____________________ **پوسٹ کوڈ:** ____________________

اگر آپ اپنے لیے رضامندی دینے والے طالب علم ہیں، تو براہ کرم یہ شامل کریں:

فون نمبر: ____________________ **ای میل:** ____________________

والدین/سرپرست کی تفصیلات

پہلا نام: ____________________

خاندانی نام: ____________________

طالب علم سے رشتہ: ____________________

فون نمبر: ____________________

ای میل: ____________________

اضافی والدین/سرپرست کی تفصیلات (اختیاری)

پہلا نام: ____________________

خاندانی نام: ____________________

طالب علم سے رشتہ: ____________________

فون نمبر: ____________________

ای میل: ____________________

کیا طالب علم ایبوریجنل یا ٹورس اسٹریٹ آئی لینڈر ہے؟

- ☐ نہیں، نہ ایبوریجنل، نہ ٹورس اسٹریٹ آئی لینڈر
- ☐ ایبوریجنل
- ☐ ٹورس اسٹریٹ آئی لینڈر
- ☐ ایبوریجنل اور ٹورس اسٹریٹ آئی لینڈر
- ☐ نہ بتانے کو ترجیح دیتا\دیتی ہوں

کیا طالب علم پناہ گزین یا ریفوجی ہے؟

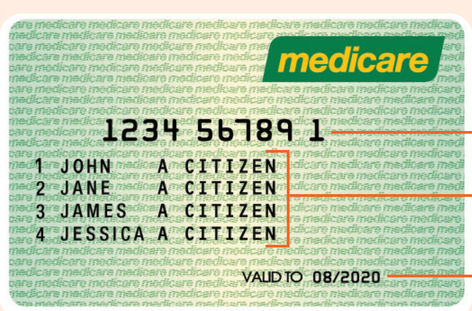
- ☐ نہ پناہ گزین اور نہ ہی ریفوجی ہے
- ☐ ریفیوجی
- ☐ پناہ گزین
- ☐ نہ بتانے کو ترجیح دیتا\دیتی ہوں

کیا زبانی مترجم کی ضرورت ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

ترجیحی زبان: ____________________

کیا طالب علم آسٹریلیا میں پیدا ہوا تھا؟ ☐ ہاں ☐ نہیں، وہ کس ملک میں پیدا ہوا تھا؟ ____________________

اگر طالب علم کے پاس میڈی کیئر کارڈ نہیں ہے، تو براہ کرم اس سیکشن کو خالی چھوڑ دیں۔



طالب علم کا میڈی کیئر کارڈ نمبر: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

انفرادی ریفرنس نمبر: ☐

تاریخ اختتام: ☐☐ / ☐☐☐☐

صرف رہنمائی کے لیے
انگریزی رضامندی فارم کو پر کریں اور واپس جمع کروائیں

مریض کے بلک بلنگ کے لیے رضامندی کے فارم پر دستخط کریں تاکہ سمائل اسکواڈ میڈیکیئر کے تحت اخراجات کا کلیم دائر کر سکے

Australian Government
Department of Health

چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول
بلک بلنگ کے لیے مریض کی رضامندی کا فارم

میں، مریض/قانونی سرپرست، تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مجھے درج ذیل کے بارے میں مطلع کیا گیا ہے:

- چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول کے تحت اس تاریخ سے جو علاج کیا گیا ہے یا کیا جائے گا؛
- اس علاج کی ممکنہ لاگت؛ اور
- یہ کہ مجھے چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول کے تحت خدمات کے لیے بلک بل کیا جائے گا اور میں ان خدمات کے لیے اپنی جیب سے اخراجات ادا نہیں کروں گا/گی، بشرطیکہ بینیفٹ کیپ کے تحت کافی فنڈز دستیاب ہوں۔

میں جانتا|جانتی ہوں کہ مجھے / مریض کو صرف بینیفٹ کیپ تک دانتوں کے فوائد تک رسائی حاصل ہوگی۔

میں جانتا|جانتی ہوں کہ کچھ خدمات کے فوائد پر پابندیاں لاگو ہو سکتی ہیں اور یہ کہ چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول سروسز کی ایک محدود حد کا احاطہ کرتا ہے۔ میں جانتا|جانتی ہوں کہ مجھے ذاتی طور پر کسی بھی ایسی خدمات کے اخراجات پورے کرنے کی ضرورت ہوگی جو چائلڈ ڈینٹل بینیفٹس شیڈول میں شامل نہیں ہیں۔

میں جانتا|جانتی ہوں کہ خدمات کی لاگت دستیاب فائدے کی حد کو کم کر دے گی اور یہ کہ فوائد ختم ہونے کے بعد مجھے ذاتی طور پر کسی بھی اضافی خدمات کے اخراجات پورے کرنے کی ضرورت ہوگی۔

حوالہ #

مریض کا میڈی کیئر نمبر

مریض/قانونی سرپرست کے دستخط

مریض کا پورا نام

دستخط کرنے والے شخص کا پورا نام
(اگر مریض نہیں)

تاریخ

یہ فارم کیلنڈر سال میں 31 دسمبر تک کارآمد ہے جس کے لیے اس پر دستخط کیے گئے ہیں۔

صرف رہنمائی کے لیے
- رضامندی کا انگریزی فارم کو بھریں اور واپس جمع کروائیں -

طبی ہسٹری

کیا طالب علم کو کوئی معلوم الرجییاں ہیں؟

☐ ہاں ☐ نہیں **اگر ہاں:**

☐ اینٹی بائیوٹکس ☐ Casein (دودھ کی پروٹین) ☐ Colophony/rosin ☐ کھانا

☐ لیٹیکس یا ٹیپس ☐ دیگر ادویات ☐ دیگر

کیا طالب علم اس وقت کوئی ادویات لے رہا ہے؟

☐ ہاں ☐ نہیں **اگر ہاں، تو براہ کرم دوا کا نام، خوراک اور لینے کے اوقات درج کریں۔**

کیا طالب علم کو پھیپھڑوں کا کوئی مسئلہ ہے؟

☐ ہاں ☐ نہیں **اگر ہاں:**

☐ دمہ ← اگر بچہ ہسپتال میں داخل ہوا ہے تو مہینہ اور سال بتائیں

☐ پھیپھڑوں کی بیماری ☐ تپ دق ☐ دیگر

کیا طالب علم کو دل کی کوئی بیماری (کارڈیو ویسکولر) ہے؟

☐ ہاں ☐ نہیں **اگر ہاں:**

☐ دل کی خرابی ☐ دل کی سرجری ☐ دل کی Rheumatic بیماری

☐ کم یا ہائی بلڈپریشر ☐ بہت زیادہ خون بہنا یا خون کے مسائل ☐ دیگر

کیا طالب علم کو کوئی حسی، یادداشت کے مسائل وغیرہ یا اضافی ضروریات (معذوری) ہیں؟

☐ ہاں ☐ نہیں **اگر ہاں:**

☐ بے چینی یا ڈپریشن ☐ توجہ کی کمی کے عوارض ☐ آٹزم سپیکٹرم ڈس آرڈر ☐ جسمانی (بشمول وہیل چیئر تک رسائی کی ضرورت)

☐ ذہنی ☐ بینائی یا سماعت کی خرابی ☐ دیگر

کیا طالب علم کو صحت کا کوئی دوسرا یا طبی مسئلہ ہے؟

☐ ہاں ☐ نہیں **اگر ہاں:**

☐ ٹائپ 1 ذیابیطس ☐ ٹائپ 2 ذیابیطس ☐ کینسر ☐ دائمی طبی بیماری (مثلاً فالج، آرتھرائٹس)

☐ گردے کی بیماری ☐ جگر کی بیماری ☐ دورے یا مرگی ☐ دیگر سرجری (مثلاً ٹرانسپلانٹ، مصنوعی جوڑ)

☐ دیگر

کیا طالبہ حاملہ ہو سکتی ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں ☐ N/A

کیا طالب علم تمباکو کی مصنوعات (سگریٹ نوشی) یا ای سگریٹ (ویپنگ) استعمال کرتا ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں ☐ N/A

اگر ہاں: ☐ تمباکو نوشی ☐ ویپنگ ☐ دیگر

کیا طالب علم شراب پیتا ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ نہیں ☐ N/A

اگر آپ نے مذکورہ بالا میں سے کسی کا جواب **دیگر** میں دیا ہے تو براہ کرم بیان کریں۔

صرف رہنمائی کے لیے
رضامندی کے لیے انگریزی فارم کو بھریں اور واپس جمع کروائیں

منہ کی صحت کا سوالنامہ

ہم طالب علم کے بارے میں مزید سمجھنے اور اس کے لیے بہترین منصوبہ تیار کرنے میں اپنی مدد کے لیے درج ذیل سوالات پوچھتے ہیں۔

کیا طالب علم کے منہ میں درد ہے (مثلاً دانتوں کے کسی مسئلے کی وجہ سے سونے میں دشواری)؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

کیا طالب علم کو اپنے دانتوں یا منہ میں کسی مسئلے کی وجہ سے کھانے پینے میں دشواری ہوتی ہے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

کیا طالب علم کو اپنے دانتوں یا منہ میں کسی مسئلے کی وجہ سے واضح طور پر بولنے میں دشواری ہوتی ہے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

کیا طالب علم اپنے دانتوں یا منہ میں کسی مسئلے کی وجہ سے اسکول جانے یا دیگر سرگرمیوں میں حصہ لینے سے محروم رہ گیا ہے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

کیا طالب علم اپنے دانتوں یا منہ میں کسی مسئلے کی وجہ سے دوسرے طلباء کے آس پاس ہوتے ہوئے مسکرانے، ہنسنے یا دانت دکھانے میں ہچکچاہٹ محسوس کرتا ہے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

کیا طالب علم نے پہلے کبھی اپنے دانتوں کی جانچ کرائی ہے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

اگر ہاں، تو تاریخ اگر معلوم ہو

کیا پچھلے تین سالوں میں دانتوں کی خرابی کی وجہ سے طالب علم کا کوئی دانت بھرا یا نکالا گیا ہے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں ☐ مجھے ٹھیک سے معلوم نہیں ہے

طالب علم کتنی بار چینی والے میٹھے مشروبات جیسے فروٹ جوس، سافٹ ڈرنک یا کورڈیل پیتا ہے؟

☐ دن میں تین یا اس سے زیادہ بار
☐ دن میں ایک یا دو بار
☐ ہفتے میں چند بار
☐ تقریبا کبھی نہیں

طالب علم کتنی بار ٹوتھ پیسٹ سے دانت صاف کرتا ہے؟

☐ دن میں ایک بار (صبح)
☐ دن میں ایک بار (شام)
☐ دن میں دو بار
☐ دن میں ایک بار سے کم
☐ دن میں دو بار سے زیادہ

کیا طالب علم کو دانتوں کو دکھانے کی پچھلی ملاقاتوں کے دوران یا اس کے بعد کوئی خوف یا حساسیت، یا منفی تجربات ہوئے ہیں جن کے بارے میں ہمیں جاننا چاہیے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

کیا طالب علم بہتر طریقے سے اس سے نمٹنے میں مدد کے لیے کوئی حکمت عملی یا معاونت استعمال کرتا ہے؟ جیسے پسندیدہ کھلونا، آئی فون ایپ، کتاب

☐ جی ہاں ☐ نہیں

(اگر ہاں، تو ذیل میں تفصیلات فراہم کریں اور براہ کرم اگلے وزٹ پر ساتھ لائیں)

کیا طالب علم کےساتھ ایک ہی گھر میں رہنے والے خاندان کے کسی فرد یا شخص کو دانتوں اور/ یا مسوڑھوں کے اہم مسائل درپیش ہیں؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں ☐ مجھےٹھیک سے معلوم نہیں ہے

طالب علم کے دانتوں اور منہ کی جانچ کرنے سے پہلے کیا آپ ہمیں کچھ اور بتانا چاہیں گے؟

☐ جی ہاں ☐ نہیں

اگر ہاں، تو براہ کرم ذیل میں تفصیل فراہم کریں۔

صرف رہنمائی کے لیے
صرف انگریزی فارم کو بھریں اور واپس جمع کروائیں