SMILE SQUAD

नि:शुल्क दंत चिकित्सा (फ्री डेन्टल)

dental health services victoria

VICTORIA State Government

स्माइल स्क्वाड (Smile Squad) नि:शुल्क स्कूल डेंटल कार्यक्रम

स्माइल स्क्वाड जल्द ही आपके स्कूल में आ रहा है।

विक्टोरिया सरकार का स्कूल दंत-चिकित्सा कार्यक्रम विक्टोरिया के सभी सरकारी स्कूलों के विद्यार्थियों के लिए नि:शुल्क है। इस पैक पर हस्ताक्षर करके और इसे वापिस देकर सुनिश्चित करें कि आपके परिवार से यह मौका छूट न जाए।

सभी विद्यार्थियों को निम्नलिखित सुविधाएँ मिल सकती हैं:

- एक नि:शुल्क दंत जांच (डेन्टल चेक-अप)
- दाँतों को स्वस्थ रखने के लिए निवारक सेवाएँ
- सामान्य उपचार (यदि आवश्यक हो)

और अधिक जानकारी के लिए, अथवा यदि आपको प्रपत्र भरने में सहायता की आवश्यकता है:

- **ईमेल: smilesquad@dhsv.org.au**
- **फोन: 1300503977**
- **यहाँ जाएँ: www.health.vic.gov.au/smile-squad**

आपको क्या करने की आवश्यकता है:

1. इस पैक में दी गई संपूर्ण जानकारी **पढ़ें**।
2. सभी प्रपत्रों को अंग्रेज़ी में **भरें** और इनपर हस्ताक्षर करें:
   - सहमति प्रपत्र (p4)
   - विद्यार्थी विवरण (p5)
   - बाल दंत-चिकित्सा लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) की बल्क बिलिंग के लिए रोगी सहमति (वैकल्पिक) (p6)
   - चिकित्सीय इतिहास (p7)
   - ओरल हेल्थ (मुँह के स्वास्थ्य) से सम्बन्धित प्रश्नावली (p8)
3. जितनी जल्दी हो सके, अपने स्कूल को प्रपत्र **वापस** कर दें।
4. इस पैक में दी गई अन्य सभी जानकारी को संदर्भ के लिए अपने **पास रखें**।

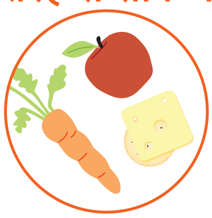
कृपया बड़े अक्षरों (BLOCK CAPITALS) का उपयोग करके सभी प्रपत्र भरें।

सहमति प्रपत्र पढ़ने के लिए अन्य भाषाओं में उपलब्ध है।

अनुवादित प्रपत्रों के लिए www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad पर जाएँ या QR कोड स्कैन करें।

कृपया अंग्रेज़ी संस्करण जमा करें।

अच्छी तरह से खाएँ, अच्छी तरह से पीएँ, अच्छी तरह से साफ करें



ताजे भोजन चुनें और मीठे खाद्य-पदार्थों, पेयों और मिठाइयों की मात्रा सीमित करें

प्रचुर मात्रा में नल का पानी पिएँ

सुबह और रात के समय फ्लुओराइड टूथपेस्ट से ब्रश करें

क्या इसके लिए कोई शुल्क है?

नहीं। यह विक्टोरिया सरकार द्वारा सभी विद्यार्थियों को उपलब्ध कराई जाने वाली नि:शुल्क सेवा है।

फीडबैक

कृपया किसी भी समय हमें बताएँ कि आप क्या सोचते/सोचती हैं (अच्छा या बुरा)। आप अपने फीडबैक को smilesquad@dhsv.org.au पर ईमेल से भेज सकते/सकती हैं।

दंत चिकित्सा (डेन्टल) सेवाएँ

स्माइल स्क्वाड विक्टोरिया के सरकारी स्कूलों के विद्यार्थियों को योग्यता-प्राप्त पेशेवरों के माध्यम से नि:शुल्क दंत चिकित्सा सेवाएँ उपलब्ध कराता है।

दंत परीक्षण (चेक-अप)

दंत परीक्षण में दाँतों, मसूड़ों, जबड़े और मुँह का परीक्षण शामिल होता है।

लाभ: मुँह के अधिकांश रोगों/दाँतों की समस्याओं की आरंभिक अवस्था में दर्द नहीं होता है। समस्याओं को जल्दी खोजने का सबसे अच्छा तरीका नियमित रूप से चेक-अप कराना होता है। एक बार जब हमें पता चल जाता है कि क्या चल रहा है, तो हम फॉलो-अप उपचार के लिए योजना बना सकते हैं।

यदि किसी विद्यार्थी को निम्नलिखित सेवाओं से लाभ पहुँचेगा, तो आपकी सहमति पर इन्हें उपलब्ध कराया जा सकता है:

दाँतों की एक्स-रे

शरीर के अंदर क्या हो रहा है, इसकी तस्वीर बनाने के लिए एक्स-रे मशीन विकिरण का उपयोग करती है।

हम मुँह के अंदर एक छोटी सी फिल्म रखकर इसका उपयोग करके दाँतों की एक्स-रे लेते हैं।

लाभ: एक्स-रे से हमें दाँतों के बारे में वह जानकारी मिल पाती है, जिसे नंगी आंखों से नहीं देखा जा सकता है। एक्स-रे से सड़न, संक्रमण और अन्य समस्याओं का पता चल सकता है।

खतरे: एक्स-रे बहुत सुरक्षित होती हैं। सामान्य रूप से हम जो एक्स-रे लेते हैं, उनमें हवाई जहाज की उड़ान की तुलना में कम विकिरण होता है।

फ्लुओराइड वॉर्निश लगाना

फ्लुओराइड वॉर्निश एक निवारक उपचार है, जो कम से कम हरेक छह महीनों में एक बार लगाए जाने पर सबसे अच्छी तरह से काम करता है।

दाँतों पर फ्लुओराइड वॉर्निश लगाना बहुत आसान होता है और सामान्य रूप से इसमें बस कुछ ही मिनट लगते हैं। वॉर्निश दाँतों पर तब तक चिपकी रहती है, जब तक आप इन्हें ब्रश नहीं करते/करती हैं।

लाभ: फ्लुओराइड एक साधारण खनिज है, जो मजबूत दाँतों के निर्माण और दाँतों की सड़न की रोकथाम में सहायता करता है। फ्लुओराइड वॉर्निश सड़न शुरू होने की रोकथाम कर सकती है और सड़न होने की दर को धीमा कर सकती है।

खतरे: कुछ लोगों को फ्लुओराइड वॉर्निश के एक घटक से एलर्जी हो सकती है, हालाँकि यह बहुत ही कम होता है। यह संभव है कि कोलोफोनी/रोसिन, केसीन (दुग्ध प्रोटीन) या गंभीर अस्थमा के प्रति एलर्जी वाले विद्यार्थियों को फ्लुओराइड वॉर्निश न लगाई जा सके।

दरारों के लिए सीलेंट्स

दरारों के लिए सीलेंट्स दाँतों में खांचों (दरारों) पर लगाई जाने वाली कोटिंग होते हैं। सामान्य रूप से इन्हें दाढ़ के दाँतों पर लगाया जाता है।

लाभ: सीलेंट्स दाँतों की दरारों को भरते हैं और भोजन व रोगाणुओं को फंसने से रोकते हैं। यह दरारों में सड़न शुरू होने और फैलने की रोकथाम करता है।

अधिकाँश सीलेंट पदार्थों में फ्लुओराइड होता है। समय के साथ सीलेंट्स खराब हो सकते हैं और इन्हें फिर से ऊपर लगाने या बदलने की आवश्यकता हो सकती है।

दाँतों की सफाई

जब मात्र टूथब्रश के उपयोग से कैल्कुलस (हार्ड प्लेक) या गहरे दाग हटाए नहीं जा सकते हैं, तो दाँतों की अतिरिक्त सफाई की आवश्यकता हो सकती है।

लाभ: हम मसूड़ों के रोग के खतरे को कम करने के लिए कैल्कुलस को हटा सकते हैं, जिससे मसूड़ों में जलन हो सकती है।

फॉलो-अप उपचार

अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता होने पर स्माइल स्क्वाड इसके बारे में चर्चा करेगा और सहमति मांगेगा।

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

क्या माता-पिता, कानूनी अभिभावकों या देखभालकर्ताओं को विद्यार्थी के एपॉइंटमेंट में शामिल होने की आवश्यकता है?

यदि माता-पिता, कानूनी अभिभावक, या देखभालकर्ता चाहें तो इसमें शामिल होने के लिए उनका स्वागत है, लेकिन ऐसा करना आवश्यक नहीं है।

यदि आप शामिल होना चाहते/चाहती हैं, तो कृपया स्माइल स्क्वाड से संपर्क करके हमें बताएँ।

यदि और अधिक उपचार की आवश्यकता है, तो हम माता-पिता, कानूनी अभिभावक या देखभालकर्ता को एपॉइंटमेंट में आने के लिए कह सकते हैं।

यदि किसी विद्यार्थी ने हाल ही में दंत उपचार प्राप्त किया है, तो क्या होगा?

यदि किसी विद्यार्थी ने हाल ही में किसी दँत चिकित्सक को अपने दाँत दिखाए हैं, तो भी उन्हें स्माइल स्क्वाड द्वारा फिर से देखा जा सकता है। हो सकता है कि उन्हें एक्स-रे और अन्य निवारक सेवाओं की आवश्यकता हो।

यदि स्कूल में स्माइल स्क्वाड के आने के समय विद्यार्थी स्कूल में नहीं है, तो क्या होगा?

यदि कोई विद्यार्थी स्कूल में नहीं है, तो हम किसी अन्य दिन उनसे मिलेंगे या वे अपनी स्थानीय सामुदायिक दाँतों की एजेंसी में हमारे पास दिखा सकते हैं। ये सेवाएँ फिर भी नि:शुल्क होंगी।

इस वेबसाइट पर अपने सबसे निकट स्थित सामुदायिक दाँतों के क्लिनिक का पता लगाएँ: www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

सहमति कौन दे सकता है?

माता-पिता, कानूनी अभिभावक या परिपक्व अवयस्क इन प्रपत्रों को भर सकते हैं और सहमति दे सकते हैं।

यह ज़रूरी है कि विद्यार्थी को परिपक्व अवयस्क माने जाने के लिए क्लिनिशियन इस बारे में संतुष्ट हो कि विद्यार्थी को सूचित सहमति देने के लिए अपनी समस्या और प्रस्तावित उपचार के खतरों, लाभों और संभावित जटिलताओं की पर्याप्त रूप से समझ है।

विद्यार्थी को कुछ प्रकार के दंत उपचारों के बारे में निर्णय लेने के लिए सक्षम माना जा सकता है, लेकिन कुछ अन्य के बारे में नहीं। यदि क्लिनिशियन द्वारा माध्यमिक स्कूल की आयु के विद्यार्थी को परिपक्व अवयस्क नहीं माना जाता है, तो वे माता/पिता या कानूनी अभिभावक से सहमति लेंगे।

बाल दंत लाभ अनुसूची (सीडीबीएस) [Child Dental Benefits Schedule (CDBS)]

कुछ विद्यार्थी मेडिकेयर के माध्यम से ऑस्ट्रेलिया सरकार की बाल दंत लाभ अनुसूची (सीडीबीएस) के लिए पात्र हो सकते हैं।

यदि आप सीडीबीएस सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर करते/करती हैं, तो ऑस्ट्रेलिया सरकार हमें इस दंत चिकित्सा देखभाल के लिए आपकी ओर से दावा (क्लेम) करने की अनुमति देती है।

बाल दंत लाभ अनुसूची (सीडीबीएस) [Child Dental Benefits Schedule (CDBS)] क्या है?

सीडीबीएस एक मेडिकेयर कार्यक्रम है, जो दो वर्षों की अवधि में 0-17 वर्ष के पात्रतायुक्त बच्चों को आधारिक दंत चिकित्सा देखभाल प्रदान करता है।

विद्यार्थी अपने सीडीबीएस का उपयोग इनके लिए कर सकते हैं:

- स्माइल स्क्वाड की सेवाएँ
- विक्टोरिया में किसी सार्वजनिक दंत चिकित्सा क्लिनिक में
- गैर-सरकारी दंत चिकित्सा क्लिनिक में

स्माइल स्क्वाड पात्र विद्यार्थियों के लिए सीडीबीएस का उपयोग करेगा।

यदि आप सीडीबीएस सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर नहीं करते/करती हैं, तो भी हरेक विद्यार्थी को स्माइल स्क्वाड से नि:शुल्क दंत चिकित्सा देखभाल प्राप्त होगी। **आपको कोई शुल्क नहीं देना होगा।**

हम आपको बल्क-बिलिंग सीडीबीएस सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं, ताकि स्माइल स्क्वाड को मेडिकेयर के तहत शुल्कों का दावा करने की अनुमति मिल सके। इससे हमें और भी अधिक विक्टोरियावासियों को दंत चिकित्सा देखभाल प्रदान करने में सहायता मिलती है।

संदर्भ के लिए बल्क-बिलिंग शुल्क

मेडिकेयर के तहत हमें आपको यह जानकारी प्रदान करना आवश्यक है। यदि आप सीडीबीएस का उपयोग करते/करती हैं, तो ये धनराशियाँ आपकी सीडीबीएस लाभ सीमा से ली जाएँगी:

सेवा	सीडीबीएस बल्क-बिल्ड शुल्क	आपको कितना भुगतान करना होगा
दंत परीक्षण (चेक-अप)	$57.65	**$0.00**
दाँतों की एक्स-रे (यदि आवश्यक हो)	$33.35 प्रति एक्स-रे	**$0.00**
दरारों को भरना (यदि आवश्यक हो)	$50.45 (अधिकतम) प्रति दाँत	**$0.00**
दाँतों की सफाई (यदि आवश्यक हो)	$98.20 (अधिकतम) आवश्यक सफाई के स्तर के आधार पर	**$0.00**
सभी दाँतों पर फ्लुओराइड वॉर्निश लगाना (यदि आवश्यक हो)	$37.85 प्रति बार (12 महीनों के अंदर अधिकतम दो बार)	**$0.00**

गोपनीयता

डेंटल हेल्थ सर्विसेज़ विक्टोरिया (डीएचएसवी) सामुदायिक दंत एजेंसियों के साथ साझेदारी में स्माइल स्क्वाड कार्यक्रम वितरित कर रही है। स्माइल स्क्वाड रोगी दस्तावेजों के लिए डीएचएसवी जिम्मेदार है। डीएचएसवी आपकी गोपनीयता का सम्मान करती है और आपकी जानकारी की सुरक्षा के लिए प्रतिबद्ध है। हम *स्वास्थ्य रिकॉर्ड अधिनियम (Health Records Act) और गोपनीयता एवं डेटा संरक्षण अधिनियम (Privacy and Data Protection Act)* के अनुसार आपकी जानकारी का प्रबंध करेंगे।

कुछ विशिष्ट समयों पर हम स्माइल स्क्वाड के शोध और आकलन के प्रयोजनों से एवं अपनी सेवाओं में सुधार करने के लिए डेटा और फीडबैक एकत्र करेंगे। हम इसके लिए आपकी पहचान को गुमनाम रखेंगे।

हमें गुमनाम की गई जानकारी को डीएचएसवी, शिक्षा विभाग और स्वास्थ्य विभाग जैसी सरकारी एजेंसियों के बीच साझा करने की आवश्यकता होगी। हम ऐसा इसलिए करेंगे, ताकि हम विक्टोरिया के स्कूलों में सभी विद्यार्थियों की ओरल हेल्थ (मुँह के स्वास्थ्य) के बारे में एक-साथ सीख सकें। हम पहचान प्रकट कर सकने वाली सभी जानकारी को हटा देंगे।

डीएचएसवी का संपूर्ण गोपनीयता कथन पढ़ने के लिए www.dhsv.org.au/privacy पर जाएँ या नीचे दिया गया QR कोड स्कैन करें।

अधिकार और जिम्मेदारियाँ

आपके स्वास्थ्य देखभाल अधिकारों की प्रति ऑस्ट्रेलियाई स्वास्थ्य देखभाल सुरक्षा एवं गुणवत्ता आयोग (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) की वेबसाइट पर उपलब्ध है।

स्माइल स्क्वाड में भाग लेने के लिए इस सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करें।

स्कूल का नाम: ______________________ **ग्रेड/कक्षा (जैसे 2B):** ______________________

विद्यार्थी का पूरा नाम: ______________________ **विद्यार्थी की जन्मतिथि:** ____ /___ /___

मैं ऊपर नामित विद्यार्थी के लिए स्माइल स्क्वाड स्कूल डेंटल कार्यक्रम में भाग लेने की सहमति देता/देती हूँ।

मैं विद्यार्थी के लिए निम्नलिखित सेवाएँ प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूँ:

दंत परीक्षण (चेक-अप) ☐ हाँ ☐ नहीं

ध्यान दें: कोई भी अन्य सेवाएँ प्राप्त कर पाने से पहले आपको दंत परीक्षण के लिए हाँ कहना होगा।

दाँतों की एक्स-रे (यदि आवश्यक हो) ☐ हाँ ☐ नहीं

फ्लुओराइड वॉर्निश (यदि आवश्यक हो) ☐ हाँ ☐ नहीं

दरारों के लिए सीलेंट्स (यदि आवश्यक हो) ☐ हाँ ☐ नहीं

दाँतों की सफाई (यदि आवश्यक हो) ☐ हाँ ☐ नहीं

हम ओरल हेल्थ (मुँह के स्वास्थ्य) व्यावसायिकों की अगली पीढ़ी को प्रशिक्षित कर रहे हैं। विद्यार्थियों को एक योग्य स्माइल स्क्वाड चिकित्सक की देख-रेख के तहत काम करने वाले दंत/ओरल हेल्थ विद्यार्थी द्वारा देखा जा सकता है।

क्या आप विद्यार्थी को दंत/ओरल हेल्थ विद्यार्थी द्वारा देखे जाने के लिए सहमति देते/देती हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

मैं अभिस्वीकृति देता/देती हूँ कि मैंने अपने सर्वाधिक संज्ञान के अनुसार स्माइल स्क्वाड को ऐसी सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य-संबंधी और व्यक्तिगत जानकारी प्रदान की है, जो उचित देखभाल उपलब्ध कराने के लिए आवश्यक है।

अभिस्वीकृति देते हुए मैं सहमत हूँ कि मैंने इस सहमति फॉर्म और इस पैक में दी गई सूचना को पढ़ लिया है।
मेरे पास निम्नलिखित विषयों के बारे में समझने के लिए पर्याप्त जानकारी है:

दंत चिकित्सा (डेन्टल) सेवाएँ

मैं स्माइल स्क्वाड द्वारा प्रदान की जाने वाली दंत चिकित्सा सेवाओं के प्रकारों के बारे में अवगत हूँ, जिसमें शामिल हैं: संलग्न लाभ और खतरे, सेवाएँ कहाँ प्रदान की जाएँगी, और उन्हें कौन प्रदान करेगा। प्रदान की जाने वाली सभी सेवाएँ नि:शुल्क हैं।

दंत चिकित्सा (डेन्टल) सेवाओं के बाद देखभाल

मैं यह समझता/समझती हूँ कि यदि कोई विद्यार्थी दंत (डेन्टल) सेवाएँ प्राप्त करने के बाद स्कूल में अस्वस्थ हो जाता है, अथवा यदि उन्हें अतिरिक्त देखभाल की आवश्यकता पड़ती है जिसका प्रबंध स्कूल में नहीं किया जा सकता है, तो स्माइल स्क्वाड क्लिनिशियन या स्कूल के कर्मचारी माता-पिता, कानूनी अभिभावक या देखभालकर्ता से संपर्क कर सकते हैं।

गोपनीयता

मैंने इस पैक में दी गई गोपनीयता-संबंधी जानकारी को पढ़ और समझ लिया है तथा इस कार्यक्रम द्वारा विद्यार्थी की स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित जानकारी के प्रबंधन के तरीके के लिए मैं अभिस्वीकृति देता/देती हूँ।

माता-पिता/अभिभावक/विद्यार्थी* के हस्ताक्षर: ______________________

माता-पिता/अभिभावक/विद्यार्थी* का पूरा नाम: ______________________ **तिथि:** ____ /____ /__

*18 वर्ष और इससे अधिक आयु के विद्यार्थी, और जिन्हें दंत सेवाएँ प्राप्त करने के उद्देश्य से परिपक्व अवयस्क माना जाता है, वे अपने लिए सहमति स्वयं दे सकते हैं। यह सहमति हस्ताक्षर किए जाने की तिथि से लेकर 12 महीनों के लिए मान्य है।

केवल निर्देश
कृपया सहमति प्रपत्र का ऑनलाइन संस्करण भरकर वापस करें

स्कूल का नाम: ______________________ ग्रेड/कक्षा (जैसे 2B): ______________________

विद्यार्थी के विवरण

प्रथम नाम: ______________________ पारिवारिक नाम: ______________________

लिंग: ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य, कृपया बताएँ ______________________ जन्मतिथि: ____ /____ /____

विद्यार्थी के पसंदीदा व्यक्तिगत सर्वनाम क्या हैं? (वैकल्पिक) ______________________

पता: ______________________

सबर्ब: ______________________ पोस्टकोड: ______________________

यदि आप स्वयं अपने लिए सहमति देने वाले विद्यार्थी हैं, तो कृपया इसमें शामिल करें:

फोन नंबर: ______________________ ईमेल: ______________________

माता/पिता/अभिभावक के विवरण

प्रथम नाम: ______________________

पारिवारिक नाम: ______________________

विद्यार्थी के साथ संबंध: ______________________

फोन नंबर: ______________________

ईमेल: ______________________

माता/पिता/अभिभावक के अतिरिक्त विवरण (वैकल्पिक)

प्रथम नाम: ______________________

पारिवारिक नाम: ______________________

विद्यार्थी के साथ संबंध: ______________________

फोन नंबर: ______________________

ईमेल: ______________________

क्या विद्यार्थी एबोरिजनल (आदिवासी) या टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी है?

☐ नहीं, न एबोरिजनल (आदिवासी) और न ही टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी
☐ एबोरिजनल (आदिवासी)
☐ टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी
☐ एबोरिजनल (आदिवासी) और टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी
☐ बताना नहीं चाहते/चाहती

क्या विद्यार्थी शरण-साधक (एसाइलम सीकर) या शरणार्थी (रिफ़्यूजी) है?

☐ नहीं, न शरण-साधक (एसाइलम सीकर) और न ही शरणार्थी (रिफ़्यूजी)
☐ शरणार्थी (रिफ़्यूजी)
☐ शरण-साधक (एसाइलम सीकर)
☐ बताना नहीं चाहते/चाहती

क्या दुभाषिए की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं

पसंदीदा भाषा: ______________________

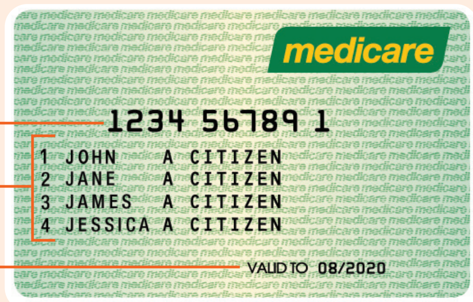
क्या विद्यार्थी का जन्म ऑस्ट्रेलिया में हुआ था? ☐ हाँ ☐ नहीं, उनका जन्म किस देश में हुआ था? ______________________

यदि विद्यार्थी के पास मेडिकेयर कार्ड नहीं है, तो कृपया इस अनुभाग को खाली छोड़ दें।

विद्यार्थी का मेडिकेयर कार्ड नंबर: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

व्यक्तिगत संदर्भ संख्या: ☐

कार्ड की समाप्ति तिथि: ☐☐ / ☐☐☐☐



केवल निर्देश
कृपया सहमति प्रपत्र का अंग्रेज़ी संस्करण भरकर वापस करें

मेडिकेयर के तहत शुल्क का दावा करने हेतु स्माइल स्क्वाड को अनुमति देने के लिए बल्क-बिलिंग रोगी सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर करें।

Australian Government
Department of Health

बाल दंत लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule)
बल्क बिलिंग रोगी सहमति प्रपत्र

मैं, रोगी/कानूनी अभिभावक, प्रमाणित करता हूँ कि मुझे इन बातों के बारे में सूचित किया गया है:

- बाल दंत लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) के तहत इस तिथि से प्रदान किए गए या प्रदान किए जाने वाले उपचार;
- इस उपचार के लिए संभावित शुल्क; और
- मुझे बाल दंत लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) के अनुरूप सेवाओं के लिए बल्क बिल्ड किया जाएगा और मैं इन सेवाओं के लिए आउट-ऑफ-पॉकेट शुल्कों का भुगतान नहीं करूंगा/करूंगी, जो लाभ सीमा के तहत उपलब्ध पर्याप्त अधिकतम धनराशि के अधीन होगा।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि मुझे/रोगी को केवल अधिकतम लाभ सीमा तक ही दंत लाभ सुलभ होंगे।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि कुछ सेवाओं के लिए लाभ प्रतिबंधित हो सकते हैं और बाल दंत लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) सीमित सेवाओं को ही कवर (बीमे से सुरक्षित) करती है। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मुझे बाल दंत लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) द्वारा कवर (बीमे से सुरक्षित) नहीं की गई किसी भी सेवा के शुल्कों को व्यक्तिगत रूप से पूरा करने की आवश्यकता होगी।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि सेवाओं के शुल्क उपलब्ध लाभ सीमा को घटा देंगे और लाभों के समाप्त हो जाने के बाद मुझे किसी भी अतिरिक्त सेवाओं के शुल्कों को व्यक्तिगत रूप से पूरा करने की आवश्यकता होगी।

संदर्भ #

☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

____
रोगी का मेडिकेयर नंबर

____
रोगी/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर

____
रोगी का पूरा नाम

____
हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का पूरा नाम
(यदि वह व्यक्ति रोगी नहीं है, तो)

____
दिनांक

यह प्रपत्र उस कैलेंडर वर्ष के 31 दिसंबर तक मान्य है, जिसमें इसपर हस्ताक्षर किए गए थे।

केवल निर्देश
कृपया सहमति प्रपत्र का अंग्रेज़ी संस्करण भरकर वापस करें

क्या विद्यार्थी को कोई ज्ञात एलर्जियाँ हैं?

☐ हाँ ☐ नहीं **यदि हाँ, तो:**

☐ एंटीबायोटिक्स ☐ केसीन (दुग्ध प्रोटीन) ☐ कोलोफोनी/रोसिन ☐ भोजन

☐ लेटेक्स या टेप ☐ अन्य दवाइयाँ ☐ अन्य

क्या विद्यार्थी वर्तमान में कोई दवाइयाँ ले रहा/रही है?

☐ हाँ ☐ नहीं **यदि हाँ, तो कृपया दवाइयों के नाम, खुराक और इन्हें कितनी बार देना है, इसकी सूची दें**

क्या विद्यार्थी को फेफड़ों का कोई रोग है?

☐ हाँ ☐ नहीं **यदि हाँ, तो:**

☐ अस्थमा → अगर अस्पताल में भर्ती किया गया था, तो महीने और वर्ष की सूची दें

☐ फेफड़ों का रोग ☐ ट्यूबरक्युलोसिस ☐ अन्य

क्या विद्यार्थी को कोई हृदय (हृदय-संवहनी) समस्या है?

☐ हाँ ☐ नहीं **यदि हाँ, तो:**

☐ हृदय दोष ☐ हृदय सर्जरी ☐ रयुमेटिक हृदय रोग

☐ निम्न या उच्च रक्तचाप ☐ अत्यधिक रक्तस्राव या रक्त विकार ☐ अन्य

क्या विद्यार्थी किसी संवेदी, संज्ञानात्मक समस्याओं से ग्रस्त है या उनकी कोई अतिरिक्त आवश्यकताएँ (विकलांगता) हैं?

☐ हाँ ☐ नहीं **यदि हाँ, तो:**

☐ व्यग्रता या अवसाद ☐ एटेंशन डेफिसिट विकार ☐ ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार ☐ शारीरिक (जिसमें व्हीलचेयर एक्सेस की आवश्यकता भी शामिल है)

☐ बौद्धिक ☐ देखने या सुनने की क्षमता में खामी ☐ अन्य

क्या विद्यार्थी किसी अन्य स्वास्थ्य या चिकित्सीय समस्या से ग्रस्त है?

☐ हाँ ☐ नहीं **यदि हाँ, तो:**

☐ टाइप 1 डायबिटीज़ ☐ टाइप 2 डायबिटीज़ ☐ कैंसर ☐ लंबे समय तक चलने वाली चिकित्सीय समस्या (जैसे स्ट्रोक, आर्थ्राइटिस)

☐ गुर्दे का रोग ☐ यकृत का रोग ☐ दौरे पड़ना या मिर्गी ☐ अन्य सर्जरी (जैसे प्रत्यारोपण, कृत्रिम जोड़)

☐ अन्य

क्या छात्रा गर्भवती हो सकती है? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ लागू नहीं

क्या विद्यार्थी तंबाकू उत्पादों (धूम्रपान) या ई-सिगरेटों (वेपिंग) का उपयोग करता है? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ लागू नहीं

यदि हाँ, तो: ☐ धूम्रपान ☐ वेपिंग ☐ अन्य

क्या विद्यार्थी एल्कोहल का सेवन करता है? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ लागू नहीं

यदि आपने उपरोक्त में से किसी भी प्रश्न का उत्तर **अन्य** दिया है, तो कृपया समझाएँ।

केवल निर्देश
कृपया सहमति प्रपत्र का अंग्रेज़ी संस्करण भरकर वापस करें

ओरल हेल्थ (मुँह के स्वास्थ्य) से सम्बन्धित प्रश्नावली

हम विद्यार्थी के बारे में और अधिक समझने और उनके लिए सर्वोत्तम योजना विकसित करने में सहायता के लिए निम्नलिखित प्रश्न पूछ रहे हैं।

क्या विद्यार्थी के मुँह में दर्द होता है (उदाहरण के लिए दाँतों की समस्या के कारण सोने में परेशानी)?
☐ हाँ ☐ नहीं

क्या विद्यार्थी को अपने दाँतों या मुँह की समस्या के कारण खाने या पीने में परेशानी होती है?
☐ हाँ ☐ नहीं

क्या विद्यार्थी को अपने दाँतों या मुँह की समस्या के कारण स्पष्ट रूप से बोलने में परेशानी होती है?
☐ हाँ ☐ नहीं

क्या विद्यार्थी अपनी दाँतों या मुँह की समस्या के कारण स्कूल में या अन्य गतिविधियों में शामिल नहीं हो पाए हैं?
☐ हाँ ☐ नहीं

क्या विद्यार्थी अपने दाँतों या मुँह की समस्या के कारण अन्य विद्यार्थियों के साथ होने पर मुस्कुराते, हंसते या दाँत नहीं दिखाते हैं?
☐ हाँ ☐ नहीं

क्या पहले कभी विद्यार्थी ने अपने दाँतों का परीक्षण कराया है?
☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ, तो तिथि (अगर ज्ञात हो)

क्या पिछले तीन वर्षों में दाँतों की सड़न के कारण विद्यार्थी के किसी दाँत को भरा गया है या निकाला गया है?
☐ हाँ ☐ नहीं ☐ मैं सुनिश्चित नहीं हूँ

विद्यार्थी कितनी बार चीनीयुक्त मीठे पेयों का सेवन करता है, जैसे फलों का रस, सॉफ्ट ड्रिंक या कॉर्डियल?
☐ दिन में तीन या इससे अधिक बार
☐ दिन में एक या दो बार
☐ सप्ताह में कुछ बार
☐ लगभग कभी नहीं

विद्यार्थी अपने दाँतों को टूथपेस्ट से कितनी बार ब्रश करता है?
☐ दिन में एक बार (सुबह)
☐ दिन में एक बार (शाम)
☐ दिन में दो बार
☐ दिन में एक बार से भी कम
☐ दिन में दो बार से अधिक

क्या विद्यार्थी को किसी बात से भय महसूस होता है या उन्हें कोई संवेदनशीलता है, या क्या उन्हें पिछली डेंटल विज़िट्स के दौरान या बाद में नकारात्मक अनुभव हुए हैं जिनके बारे में हमें पता होना चाहिए?
☐ हाँ ☐ नहीं

क्या विद्यार्थी बेहतर तरीके से सामना करने में सहायता के लिए किसी कार्यनीति या समर्थनों का उपयोग करता है? उदाहरण के लिए, पसंदीदा खिलौना, आईफोन एप, पुस्तक
(यदि हाँ, तो नीचे विवरण प्रदान करें और अपनी अगली मुलाकात में कृपया साथ लाएँ)
☐ हाँ ☐ नहीं

क्या परिवार के किसी सदस्य या विद्यार्थी के साथ उसी घर में रहने वाले किसी व्यक्ति के दाँतों और/या मसूड़ों में गंभीर समस्याएँ हैं?
☐ हाँ ☐ नहीं ☐ मैं सुनिश्चित नहीं हूँ

क्या कोई अन्य बात है, जिसके बारे में हमें विद्यार्थी के दाँतों और मुँह की जाँच करने से पहले अवगत होना चाहिए?
यदि हाँ, तो कृपया नीचे विवरण प्रदान करें।
☐ हाँ ☐ नहीं

केवल निर्देश
कृपया सहमति पत्र का अंग्रेज़ी संस्करण भरकर वापस करें