



پر کردن این فرم داوطلبانه میباشد. بر اساس پاسخها، شما از دریافت مراقبت منع نخواهید شد. این اطلاعات محرمانه میباشد.

نام عضو:	تاریخ تولد:	شماره شناسایی:
----------	-------------	----------------

لطفاً یکی را علامت بزنید.

1	آیا از آخرین ویزیت شما توسط یک دندانپزشک بیشتر از 12 ماه گذشته است؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
2	آیا به هنگام خوردن خوراکی سرد، گرم یا شیرین دندان تان درد میکند؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
3	آیا در دهان یا لثه احساس درد میکنید؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
4	آیا دندان یا دندانها عفونی دارید؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
5	آیا دندان یا دندانها شکسته دارید؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
6	آیا خشکی دهان دارید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
7	آیا لثه شما به هنگام مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان خونریزی میکند؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
8	آیا تا بحال برای لثه (پیراندانی) درمانی دریافت کرده اید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
	در صورتی که پاسخ مثبت است، تاریخ آخرین ویزیت را درج نمایید:	_____		
9	آیا دندان مصنوعی کامل یا پارسیال دارید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
10	آیا باردار هستید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
11	آسا برای یک وضعیت پزشکی جدی اغلب با پزشک ملاقات میکنید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
	در صورتی که پاسخ مثبت است، کلیه موارد صادق را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی	_____		
	<input type="checkbox"/> غیره:	_____		
12	آیا در حال حاضر تشعشع یا شیمی درمانی دریافت میکنید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
13	آیا به شما گفته شده که دچار ناتوانی روانی، رفتاری یا فیزیکی هستید یا بوده اید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
14	آیا برای مشکلات دندان در سال گذشته به اورژانس مراجعه نموده اید؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
	در صورتی که پاسخ مثبت است، توضیح دهید:	_____		
15	آیا وضعیت غیر پزشکی/اجتماعی وجود دارد که بر روی توانایی عضو در دریافت مراقبت تاثیر بگذارد؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
	در صورتی که پاسخ مثبت است، کلیه موارد صادق را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> غذا <input type="checkbox"/> مسکن <input type="checkbox"/> رفت و آمد	_____		
	<input type="checkbox"/> غیره:	_____		
16	آیا انگلیسی زبان اصلی صحبت شده در خانه میباشد؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
	در صورتی که پاسخ منفی است، به چه زبانی صحبت میکنید:	_____		
17	من با دریافت پیام متنی/ایمیل از طرف LIBERTY Dental Plan برای کمک به مدیریت سلامت دهان خود	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
	موافقت مینمایم. تلفن همراه _____ ایمیل _____			
	* در صورتی که دچار درد، تورم، خونریزی یا عفونت شدید، لطفاً برای دریافت کمک فوری با LIBERTY تماس بگیرید.			

من آگاه هستم که این اطلاعات به طرح دندانپزشکی من داده خواهد شد.

امضاء: _____ تاریخ: _____

لطفاً بازگردانده شود به: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110