



ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត ។ អ្នកនឹងមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការផ្តល់ឲ្យនូវការថែទាំដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកឡើយ ។
ព័ត៌មាននេះ គឺមានលក្ខណៈឯកជន ។

ឈ្មោះសមាជិក ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ៖	លេខអត្តសញ្ញាណ ៖
---------------	--------------------	-----------------

សូមគូសជ្រើសរើសយកមួយ ៖

1 តើជាង 12 ខែហើយមែនទេ ចាប់តាំងពីការដែលអ្នកបានជួបពេទ្យធ្មេញលើកចុងក្រោយមក ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
2 តើអ្នកមានការឈឺចាប់ដែរឬទេនៅពេលបរិភោគអាហារដែលត្រជាក់ខ្លាំង ក្តៅ ឬអាហារដែលមានជាតិស្ករ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
3 តើអ្នកមានឈឺក្នុងមាត់ ឬឈឺអញ្ចាញរបស់អ្នកទេ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
4 តើអ្នកមានធ្មេញឈឺមួយឬច្រើនជាងមួយទេ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
5 តើអ្នកមានធ្មេញដែលប្រេះបែក មួយ ឬច្រើនជាងមួយទេ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
6 តើមាត់របស់អ្នកស្ងួតដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
7 តើអញ្ចាញធ្មេញរបស់អ្នកមានចេញឈាមនៅពេលប្រើច្រាសដុសឬប្រើស្រែកស្រែកបោះសម្អាតធ្មេញទេ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
8 តើអ្នកមានការព្យាបាលអញ្ចាញ (សាច់កោសិកាជុំវិញជើងធ្មេញដែលទប់ធ្មេញ) ដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើចម្លើយថាបាទ/ចាស សូមរាយថ្ងៃខែឆ្នាំដែលអ្នកបានទៅពិនិត្យជាលើកចុងក្រោយ ៖	
9 តើអ្នកពាក់ធ្មេញក្លែងក្លាយទាំងក្រាស់ទេ ឬពាក់ធ្មេញក្លែងក្លាយដោយផ្នែកខ្លះឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
10 តើអ្នកមានផ្ទៃពោះទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
11 តើអ្នកជួបបញ្ហាផ្លូវចិត្តជាញឹកញាប់សម្រាប់ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តស្រួលណាដែលមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
សូមគូសជ្រើសយកអ្វីដែលត្រូវ ៖ <input type="checkbox"/> មហារីក <input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម <input type="checkbox"/> ជម្ងឺក្រលៀន <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____	
12 តើអ្នកកំពុងទទួលបានការបាញ់កាំស្មៅដើម្បីព្យាបាល ឬការចាក់ថ្នាំយ៉ែដើម្បីព្យាបាលទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
13 តើអ្នកមានជម្ងឺ ឬត្រូវបានប្រាប់ថាអ្នកមានជម្ងឺពិការផ្លូវចិត្ត មានជម្ងឺទាក់ទងនឹងឥរិយាបថ ឬពិការភាពរាងកាយ ដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
14 តើអ្នកធ្លាប់បានទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដើម្បីពិនិត្យបញ្ហាធ្មេញនៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើចម្លើយថា បាទ/ចាស ធ្លាប់បានទៅ សូមពន្យល់ ៖ _____	
15 តើមានស្ថានភាពសង្គម/មិនមែនទាក់ទងនឹងផ្នែកផ្លូវចិត្តស្រួលណាដែលប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់សមាជិកក្នុងការទទួលបានការថែទាំដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើចម្លើយថា បាទ/ចាស សូមជ្រើសរើសយកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវ ៖ <input type="checkbox"/> អាហារ <input type="checkbox"/> ទីជម្រក <input type="checkbox"/> មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____	
16 តើភាសាអង់គ្លេស គឺជាភាសាដែលនិយាយចម្បងនៅផ្ទះឬ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើមិនទេ តើភាសាអ្វីដែលត្រូវបាននិយាយ ៖ _____	
17 ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលសារតាមទូរស័ព្ទ/សារតាមអ៊ីមែលទំនាក់ទំនងពី LIBERTY Dental Plan ដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងសុខភាពមាត់របស់ខ្ញុំ ។ ទូរស័ព្ទដៃ _____ អ៊ីមែល _____	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

**ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ ការហើម ការហូរឈាម ឬការឆ្លងជម្ងឺ សូមទាក់ទង LIBERTY ដើម្បីទទួលបានជំនួយបន្ទាន់ ។*

ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវបង្ហាញដល់គម្រោងធ្មេញថ្មីរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខា ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

សូមផ្ញើត្រឡប់មកវិញទៅកាន់ ៖ LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110