



ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត ។ អ្នកនឹងមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការផ្តល់ឲ្យនូវការថែទាំដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកឡើយ ។
ព័ត៌មាននេះ គឺមានលក្ខណៈឯកជន ។

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

សូមគូសជ្រើសរើសយកមួយ ៖

1	តើសមាជិកមានពេទ្យធ្មេញដែលពួកគេជួបដើម្បីទទួលបានការពិនិត្យដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
2	តើសមាជិកនេះដួសធ្មេញពួកគេជារៀងរាល់ថ្ងៃទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
3	តើធ្មេញរបស់សមាជិកឈឺចាប់ដែរឬទេនៅពេលបរិភោគអាហារដែលត្រជាក់ខ្លាំង ក្តៅ ឬអាហារដែលមានជាតិស្ករ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
4	តើសមាជិករស់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានទឹកបរិភោគដែលមានជាតិការពារនិងពង្រឹងធ្មេញដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
5	តើសមាជិកបរិភោគនំចំណីសម្រន់នៅចន្លោះពេលបាយដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
6	តើសមាជិកបរិភោគទឹកក្រូចស្ងា ទឹកក្រូចច្របាច់ ឬភេសជ្ជៈប្រភេទថាមពលដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
7	តើសមាជិកមានធ្មេញពួកដែរឬទេ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
8	តើឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលមានប្រវត្តិមានធ្មេញពួកប្រហោងដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	ប្រសិនបើចម្លើយថា បាទ/ចាស មានទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វី (នឹងអ្នក) ៖ _____	
9	តើធ្មេញរបស់សមាជិកមើលទៅដូចជាមានសារធាតុដែលមើលទៅដូចជាបន្ទះដែរឬទេ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
10	តើសមាជិកចូលគេងជាមួយនឹងទឹកដោះគោមួយដប ទឹកក្រូចច្របាច់ ឬភេសជ្ជៈណាផ្សេងដែរឬទេ ? *	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
11	តើសមាជិកមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
12	តើសមាជិកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតជាញឹកញាប់សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រធ្មេញដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	សូមគូសជ្រើសរើសយកអ្វីដែលត្រូវ ៖ <input type="checkbox"/> មហារីក <input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម <input type="checkbox"/> ជម្ងឺក្រលៀន <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____	
13	តើសមាជិកមានសេចក្តីត្រូវការការថែទាំព្យាបាលសុខភាពពិសេសដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
14	តើអ្នកមានជម្ងឺ ឬត្រូវបានប្រាប់ថាអ្នកមានជម្ងឺពិការផ្លូវចិត្ត មានជម្ងឺទាក់ទងនឹងឥរិយាបថ ឬពិការភាពរាងកាយ ដែរឬទេ ? ..	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
15	តើអ្នកធ្លាប់បានទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដើម្បីពិនិត្យបញ្ហាធ្មេញនៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅដែរឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	ប្រសិនបើចម្លើយថា បាទ/ចាស ធ្លាប់បានទៅ សូមពន្យល់ ៖ _____	
16	តើមានស្ថានភាពសង្គម/មិនមែនទាក់ទងនឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រណាដែលប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់សមាជិកក្នុងការទទួលបានការថែទាំដែរឬទេ ?	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 ៖ _____	
17	តើភាសាអង់គ្លេស គឺជាភាសាដែលនិយាយចម្បងនៅផ្ទះឬ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	ប្រសិនបើមិនទេ តើភាសាអ្វីដែលត្រូវបាននិយាយ ៖ _____	
18	ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលសារតាមទូរស័ព្ទ/សារតាមអ៊ីមែលទំនាក់ទំនងពី LIBERTY Dental Plan ដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងសុខភាពមាត់របស់ខ្ញុំ ។	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	ទូរស័ព្ទដៃ _____ អ៊ីមែល _____	

*ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ ការហឺម ការហូរឈាម ឬការឆ្លងជម្ងឺ សូមទាក់ទង LIBERTY ដើម្បីទទួលបានជំនួយបន្ទាន់ ។

ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវបង្ហាញដល់គម្រោងធ្មេញថ្មីរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខា ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

ប្រសិនបើបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកចុះឈ្មោះនោះ សូមជ្រើសរើសយកមួយ ៖ ឪពុកឬម្តាយក្មេងក្រោមអាយុ អាណាព្យាបាល អ្នកកំណាងដទៃទៀត

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