



Заполнять эту форму необязательно. Ваши ответы не будут служить основанием для отказа в медицинской помощи. Полученные данные будут сохранены в тайне.

Имя и фамилия участника:	Дата рождения:	Идентификационный номер:
--------------------------	----------------	--------------------------

Отметьте один вариант:

1	С момента вашего последнего обращения к стоматологу прошло более 12 месяцев? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2	У вас болят зубы от холодной, горячей или сладкой пищи?*	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3	У вас есть болезненные ощущения во рту или в деснах?*	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4	У вас есть больные зубы?*	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
5	У вас есть сломанные зубы?*	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
6	У вас возникает сухость во рту? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
7	У вас кровоточат десны при чистке зубов или использовании зубной нити? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8	Вы проходили лечение десен (пародонта)? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, укажите дату последнего посещения стоматолога по этому поводу: _____		
9	Вы пользуетесь частичным или полным съемным зубным протезом? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
10	Вы беременны? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
11	У вас есть серьезные заболевания, требующие частого обращения к врачу? ....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, укажите все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> болезнь почек		
	<input type="checkbox"/> другое: _____		
12	Вы сейчас проходите лучевую или химиотерапию? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
13	Вы являетесь (или вам говорили, что вы являетесь) лицом с ограниченными умственными либо физическими возможностями или поведенческими расстройствами? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
14	За прошедший год вы обращались в отделение экстренной медицинской помощи со стоматологическими проблемами? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, поясните: _____		
15	Существуют ли факторы немедицинского/социального характера, способные воспрепятствовать обращению участника за медицинской помощью? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, отметьте все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> питание <input type="checkbox"/> жилье <input type="checkbox"/> транспорт		
	<input type="checkbox"/> другое: _____		
16	Дома вы говорите преимущественно по-английски? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если нет, укажите язык домашнего общения: _____		
17	Я даю согласие на получение сообщений профилактического характера от плана стоматологического обслуживания LIBERTY Dental Plan в СМС или по .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	электронной почте. Сотовый телефон: _____ Эл. почта: _____		

\* При зубной боли, отеках, кровотечении или воспалении немедленно обращайтесь за помощью в LIBERTY.

**Я понимаю, что эти сведения будут переданы моему новому плану стоматологического обслуживания.**

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Отправьте заполненную форму по адресу: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110