

تقييم صحة الفم

لإكمال نسخة إلكترونية من هذا التقييم، استخدم كاميرا هاتفك الذكي لمسح هذا الرمز أو توجه إلى bit.ly/ca-md-assessment.
الرمز وانقر على شاشة هاتفك لفتح النموذج.



يُرجى ملء هذا النموذج حتى تتمكن من مساعدتك وتقديم أفضل رعاية لك. أكمل نموذجًا واحدًا لكل فرد من أفراد أسرتك الأعضاء في خطة DentaQuest. بمجرد الانتهاء، أعد إرسال النموذج (النماذج) عبر البريد إلى عنوان البريد المُدرج أدناه. بإمكانك تنزيل استبيانات الأعضاء الجدد من خلال زيارة DentaQuest.com.

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

الهاتف: _____ (الهاتف المحمول) _____ (المنزل) البريد الإلكتروني: _____

تاريخ اليوم (الشهر/اليوم/السنة): _____ الرقم التعريفي للعضو في DentaQuest: _____

هل يمكننا التواصل معك باستخدام البريد الإلكتروني ورقم الهاتف المذكورين أعلاه؟ نعم لا

ملء هذا النموذج اختياري. ولن نُحرم من الرعاية بناءً على إجاباتك السرية.

1. هل مرّ أكثر من 12 شهرًا منذ زيارتك الأخيرة لطبيب الأسنان؟ نعم لا

10. هل أنت حامل؟ نعم لا

11. هل تعاني من مشكلة صحية أو مرض يجعل من الصعب عليك زيارة طبيب الأسنان؟ نعم لا

2. هل تشعر بألم عند تناول الأطعمة الباردة أو الساخنة أو التي تحتوي على السكر؟ نعم لا

3. هل لديك سن أو أسنان مكسورة؟ نعم لا

4. هل تعاني من جفاف الفم؟ نعم لا

5. هل تنزف لثتك عند تنظيف أسنانك بالفرشاة أو خيط الأسنان؟ نعم لا

6. هل تلقيت أي علاجات للثة (دواعم السن)؟ نعم لا

7. هل ترتدي بدلات سنوية كاملة أو جزئية؟ نعم لا

8. هل تتلقى حاليًا علاجًا إشعاعيًا أو كيميائيًا؟ نعم لا

9. هل تعاني من حالة خاصة تجعل من الصعب عليك زيارة طبيب الأسنان؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فأني واحدة؟ (حدد كل ما ينطبق)

لديّ إعاقة ذهنية و/أو جسدية

أنا متوتر أو خائف من زيارة طبيب الأسنان

أستخدم كرسيًا متحركًا أو نقالة

غير ذلك (يرجى التوضيح) _____

12. هل تعاني أي نوع آخر من المشكلات التي تجعل من الصعب عليك زيارة طبيب الأسنان؟ (على سبيل المثال، "ليست لديّ وسيلة للوصول إلى طبيب الأسنان.") نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، (يرجى التوضيح) _____

يُرجى إعادة النموذج المكتمل إلى:

DentaQuest، لعناية؛ إدارة الحالات (Case Management)
PO Box 2906, Milwaukee, WI 53201-9292

مخصصات رعاية الأسنان مقدمة من شبكة California Dental Network. تُؤدّي شبكة California Dental Network أعمالها تحت اسم DentaQuest. ويُشار إلى California Dental Network في هذه الوثيقة باسم DentaQuest.

DentaQuest
Benefits
provided by California Dental Network

DQ3525 (4.25) ARA

 **Medi-Cal**