

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ



Այս գնահատման անցանց տարբերակը լրացնելու համար օգտագործեք ձեր սմարթֆոնի տեսախցիկը այս կոդը սկանավորելու համար կամ այցելեք [bit.ly/ca-md-assessment]: Սավառնեք կողմի վրա և հպեք ձեր էկրանին՝ ձեր մուտք գործելու համար:

Խնդրում ենք լրացնել այս ձևը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ ապահովել լավագույն խնամքը: Լրացրեք մեկ ձև ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար, ով DentaQuest ծրագրի անդամ է: Ավարտելուց հետո փոստով ուղարկեք ձև(եր)ը ստորև նշված փոստային հասցեին: Դուք կարող եք ներբեռնել նոր անդամների հարցումները այցելելով DentaQuest.com:

Անուն՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվ՝ _____

Հեռախոս՝ _____ (Բջջային) _____ (Տնային) Էլփոստ՝ _____

Այսօրվա ամսաթիվը (ամիս/օր/տարի)՝ _____ [DentaQuest] Անդամի նույնականացման համարը՝ _____

Կարո՞ղ ենք կապվել ձեզ հետ՝ օգտագործելով վերը նշված էլ.փոստը և հեռախոսահամարը: Այո Ոչ

Այս ձևը լրացնելը կամավոր է: Ձեր գաղտնի պատասխանների հիման վրա ձեզ չեն մերժի խնամքը:

1. **Ձեր վերջին ատամնաբուժական այցից անցել է ավելի քան 12 ամիս:**

Այո Ոչ

2. **Ցավ ունե՞ք սառը, տաք կամ քաղցր կերակուրներ ուտելիս:**

Այո Ոչ

3. **Դուք ունե՞ք կտորված ատամ կամ ատամներ:**

Այո Ոչ

4. **Ձեր բերանը չո՞ր է:**

Այո Ոչ

5. **Արդյո՞ք ձեր լնդերն արյունահոսում են խոզանակով կամ թելով մաքրելու ժամանակ:**

Այո Ոչ

6. **Դուք ունե՞ք լնդերի (պարոտոնտալ) բուժում:**

Այո Ոչ

7. **Դուք կրո՞ւմ եք պրոթեզ, թե մասնակի պրոթեզ:**

Այո Ոչ

8. **Դուք ներկայումս ստանո՞ւմ եք ճառագայթային կամ քիմիաթերապիա:**

Այո Ոչ

9. **Ունե՞ք հատուկ կարիք, որը դժվարացնում է ատամնաբույժին այցելելը:**

Այո Ոչ

Եթե այո, ապա ո՞րը: (ընտրեք բոլոր ճիշտ տարբերակները)

- Ես ինտելեկտուալ և/կամ ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեմ
- Ես նյարդայանում եմ կամ վախենում եմ այցելել ատամնաբույժին
- Ես օգտագործում եմ անվասայլակ կամ պատգարակ
- Այլ (խնդրում ենք բացատրել) _____

10. **Դուք հղի՞ եք:**

Այո Ոչ

11. **Ունե՞ք առողջական խնդիր կամ հիվանդություն, որը դժվարացնում է ատամնաբույժին այցելելը:**

Այո Ոչ

Եթե այո, ապա ո՞րը: (ընտրեք բոլոր ճիշտ տարբերակները)

- Շաքարային դիաբետ
- Երիկամների հիվանդություն
- Սրտի հիվանդություն
- Թոքերի հիվանդություն
- Քաղցկեղ
- Հոգեկան հիվանդություն կամ հոգեկան առողջության խնդիր
- Թմրամիջոցների կամ ալկոհոլի օգտագործումը կամ չարաշահումը
- Այլ (խնդրում ենք բացատրել) _____

12. **Ունե՞ք որևէ այլ տեսակի խնդիր, որը դժվարացնում է ատամնաբույժին այցելելը: (Օրինակ՝ «Ես ատամնաբույժին հասնելու հնարավորություն չունեմ»):**

Այո Ոչ

Եթե այո, (խնդրում ենք բացատրել) _____

Խնդրում ենք վերադարձնել ամբողջական ձևը հետևյալ հասցեով

DentaQuest, ATTN: Case Management
PO Box 2906, Milwaukee, WI 53201-9292

Ատամնաբուժական նպաստները տրամադրվում են California Dental Network-ի կողմից: California Dental Network-ը գործում է որպես DentaQuest: Այս փաստաթղթում California Dental Network-ը կոչվում է DentaQuest:

