ارزیابی سلامت دهان و دندان

برای تکمیل نسخه آنلاین این ارزیابی، از دوربین گوشی هوشمند خود برای اسکن این کد استفاده کنید یا به bit.ly/ca-md-assessment مراجعه کنید. گوشی را روی کد نگه دارید و روی صفحه نمایش خود ضربه بزنید تا به فرم دسترسی پیدا کنید.

لطفاً این فرم را پر کنید تا بتوانیم بهترین مراقبت را برای شما فراهم کنیم. برای هر عضو خانواده تان که عضو طرح DentaQuest است، یک فرم جداگانه تکمیل کنید. پس از تکمیل، فرم(ها) را به آدرس پستی زیر ارسال کنید. میتوانید پرسشنامه های جدید برای اعضای جدید را از وب سایت DentaQuest.com دانلود کنید.

نام: ______________________ تاریخ تولد: ______________________

تلفن: ______________ (تلفن همراه) ______________ (منزل) ایمیل: ______________________

تاریخ امروز (ماه/روز/سال): ______________ شماره شناسایی عضو DentaQuest: ______________________

آیا میتوانیم با استفاده از ایمیل و شماره تلفن بالا با شما تماس بگیریم؟ ☐ بله ☐ خیر

تکمیل این فرم اختیاری است. بر اساس پاسخهای محرمانه شما، از دریافت خدمات درمانی محروم نخواهید شد.

1. آیا بیش از ۱۲ ماه از آخرین مراجعه شما به دندانپزشک گذشته است؟
☐ بله ☐ خیر

2. آیا هنگام خوردن غذاهای سرد، گرم یا شیرین احساس درد دارید؟
☐ بله ☐ خیر

3. آیا یک یا چند دندان شکسته دارید؟
☐ بله ☐ خیر

4. آیا خشکی دهان دارید؟
☐ بله ☐ خیر

5. آیا هنگام مسواک زدن یا نخ دندان کشیدن، لثه های شما خونریزی می کند؟
☐ بله ☐ خیر

6. آیا تا به حال درمان لثه (پریودنتال) انجام داده اید؟
☐ بله ☐ خیر

7. آیا از دندان مصنوعی کامل یا پروتز پارسیل تکه ای استفاده می کنید؟
☐ بله ☐ خیر

8. آیا در حال حاضر تحت پرتودرمانی یا شیمی درمانی هستید؟
☐ بله ☐ خیر

9. آیا نیاز ویژه ای دارید که مراجعه به دندانپزشک را برای شما دشوار کند؟
☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ بله است، کدام مورد؟ (همه *موارد مرتبط را انتخاب کنید*)
- ☐ ناتوانی ذهنی و/یا جسمی دارم
- ☐ از مراجعه به دندانپزشک، دستپاچه میشوم یا ترس دارم
- ☐ از ویلچر یا برانکارد استفاده میکنم
- ☐ سایر موارد (*لطفاً توضیح دهید*) ______________________

10. آیا باردار هستید؟
☐ بله ☐ خیر

11. آیا مشکل سلامتی یا بیماری دارید که مراجعه به دندانپزشک را برای شما دشوار کند؟
☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ بله است، کدام مورد؟ (همه *موارد مرتبط را انتخاب کنید*)
- ☐ دیابت
- ☐ بیماری کلیه
- ☐ بیماری قلبی
- ☐ بیماری ریه
- ☐ سرطان
- ☐ بیماری روانی یا مشکل سلامت روان
- ☐ استفاده یا سوءمصرف مواد مخدر یا الکل
- ☐ سایر موارد (*لطفاً توضیح دهید*) ______________________

12. آیا مشکل دیگری دارید که مراجعه به دندانپزشک را برای شما دشوار کند؟ (*برای مثال*، «راهی برای رفتن به دندانپزشک ندارم.»)
☐ بله ☐ خیر

اگر بله، (*لطفا توضیح دهید*) ______________________

لطفاً فرم تکمیلشده را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

مزایای دندانپزشکی توسط شبکه دندانپزشکی کالیفرنیا ارائه میشود. شبکه دندانپزشکی کالیفرنیا با نام تجاری DentaQuest فعالیت میکند. در این برگه، به شبکه دندانپزشکی کالیفرنیا تحت عنوان DentaQuest اشاره میشود.

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Medi-Cal

DQ3525 (4.25) FAR