ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА

Чтобы пройти онлайн-версию этого теста, отсканируйте этот код камерой смартфона или перейдите по ссылке **[bit.ly/ca-md-assessment]**. Наведите курсор на код и коснитесь экрана, чтобы получить доступ к форме.

Пожалуйста, заполните эту форму, чтобы мы могли помочь вам получить наилучшую помощь. Заполните одну форму на каждого члена вашей семьи, являющегося участником плана DentaQuest. После того, как вы закончите, отправьте форму(ы) обратно по почтовому адресу, указанному ниже. Вы можете загрузить опросы для новых участников, посетив DentaQuest.com.

Имя: _____ Дата рождения: _____

Телефон: _____ (Сотовый) _____ (Домашний) Эл. почта: _____

Сегодняшняя дата (мм/дд/гггг): _____ [DentaQuest] Номер идентификатора участника: _____

Можем ли мы связаться с вами по указанному выше адресу электронной почты и номеру телефона?

☐ Да ☐ Нет

Заполнение данной формы является добровольным. Вам не будет отказано в медицинской помощи на основании ваших конфиденциальных ответов.

1. **Прошло ли более 12 месяцев с момента вашего последнего визита к стоматологу?**
   ☐ Да ☐ Нет
2. **Возникает ли у вас боль при употреблении холодной, горячей или сладкой пищи?**
   ☐ Да ☐ Нет
3. **У вас сломался зуб или зубы?**
   ☐ Да ☐ Нет
4. **У вас сухость во рту?**
   ☐ Да ☐ Нет
5. **Кровоточат ли ваши десны, когда вы чистите зубы или пользуетесь зубной нитью?**
   ☐ Да ☐ Нет
6. **Проводилось ли Вам лечение десен (пародонтита)?**
   ☐ Да ☐ Нет
7. **Носите ли вы зубные или частичные протезы?**
   ☐ Да ☐ Нет
8. **Проходите ли вы в настоящее время лучевую или химиотерапию?**
   ☐ Да ☐ Нет
9. **Есть ли у вас особые потребности, из-за которых вам сложно посещать стоматолога?**
   ☐ Да ☐ Нет
   Если да, то какая? (*выберите все правильные варианты*)
   ☐ У меня есть умственная и/или физическая инвалидность
   ☐ Я нервничаю или боюсь посещать стоматолога
   ☐ Я пользуюсь инвалидной коляской или носилками
   ☐ Другое (*пожалуйста, объясните*)
   _____
10. **Вы беременны?**
    ☐ Да ☐ Нет
11. **Есть ли у вас проблемы со здоровьем или заболевание, из-за которых вам сложно посетить стоматолога?**
    ☐ Да ☐ Нет
    Если да, то какая? (*выберите все правильные варианты*)
    ☐ Диабет
    ☐ Болезнь почек
    ☐ Болезнь сердца
    ☐ Болезнь легких
    ☐ Рак
    ☐ Психическое заболевание или проблема психического здоровья
    ☐ Употребление или злоупотребление наркотиками или алкоголем
    ☐ Другое (*пожалуйста, объясните*)
    _____
12. **Есть ли у вас какие-либо другие проблемы, которые мешают вам посетить стоматолога? (Например, «У меня нет возможности попасть к стоматологу».)**
    ☐ Да ☐ Нет
    Если да, (*объясните*)
    _____

Пожалуйста, отправьте заполненную форму по адресу:

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

Льготы на стоматологические услуги предоставляются California Dental Network. California Dental Network осуществляет свою деятельность под названием DentaQuest. В настоящем документе California Dental Network именуется DentaQuest.

DentaQuest Benefits provided by California Dental Network | Medi-Cal