

## सहमति प्रपत्र

विक्टोरिया का सरकारी स्कूल दंत चिकित्सा कार्यक्रम - स्माइल स्क्वाड - जल्द ही आपके स्कूल में आ रहा है।  
इसका अर्थ है कि सभी विद्यार्थी स्कूल में निःशुल्क दंत जाँच, निवारक सेवाएँ और उपचार प्राप्त कर सकते हैं।

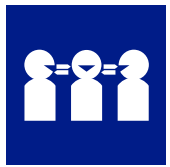
और अधिक जानकारी के लिए, अथवा यदि आपको प्रपत्र भरने में सहायता की आवश्यकता है:

- ईमेल: [smilesquad@dhs.vic.gov.au](mailto:smilesquad@dhs.vic.gov.au)
- फोन: 1300 503 977
- वेबसाइट: [www.smilesquad.vic.gov.au](http://www.smilesquad.vic.gov.au) देखें

## आपको क्या करने की आवश्यकता है:

- 1 स्माइल स्क्वाड सूचना पत्रक पढ़ें
- 2 प्रपत्रों को अंग्रेज़ी में भरें और उन पर हस्ताक्षर करें (पृष्ठ 4-10)
- 3 जितनी जल्दी हो सके, प्रपत्रों को वापस करें। उपलब्ध कराए गए लिफाफे में अपने पूरे भरे प्रपत्र रखें और इसे स्कूल को वापस भेज दें।
- 4 इस पैक में दी गई शेष जानकारी भविष्य के संदर्भ के लिए अपने पास रखें।

कृपया BLOCK CAPITALS का उपयोग करके सभी प्रपत्र भरें।



यह सहमति प्रपत्र पढ़ने के लिए अन्य भाषाओं में उपलब्ध है। कृपया अंग्रेज़ी संस्करण जमा करें।

वेबसाइट: [www.smilesquad.vic.gov.au](http://www.smilesquad.vic.gov.au) देखें



ताजे भोजन चुनें और मीठे खाद्य-पदार्थों, पेयों और मिठाइयों की मात्रा को सीमित करें



सुबह और रात के समय फ्लुओराइड टूथपेस्ट से ब्रश करें



प्रचुर मात्रा में नल का पानी पीएँ

# स्माइल स्क्वाड सूचना पत्रक

हर कोई इस बात का हकदार है कि उनकी मुस्कान स्वस्थ हो।

ऑस्ट्रेलिया में दाँतों की सड़न होना बचपन में सबसे सामान्य रूप से होने वाली बीमारी है, लेकिन इसे रोका जा सकता है। नियमित रूप से दाँतों की जाँच कराने से समस्याओं की पहचान और इनका प्रबंधन जल्दी किया जा सकता है।

## दंत चिकित्सा सेवाएँ

स्माइल स्क्वाड स्कूल की अवधि में स्कूल में विद्यार्थियों को निःशुल्क दंत चिकित्सा सेवाएँ प्रदान करता है। इसमें कोई भी आवश्यक सामान्य उपचार शामिल है।

स्माइल स्क्वाड स्टाफ में मुख-स्वास्थ्य थेरेपिस्ट, डेंटल थेरेपिस्ट, मुख-स्वास्थ्य शिक्षक, डेंटल एसिस्टेंट और डेंटिस्ट शामिल हैं।

### क्या मुझे कुछ भुगतान करना होगा?

नहीं। यह विक्टोरिया सरकार द्वारा उपलब्ध कराई जाने वाली सभी विद्यार्थियों के लिए निःशुल्क सेवा है।

### परीक्षण (चेक-अप) में क्या होता है?

संपूर्ण दंत परीक्षण में विद्यार्थी के दाँतों, मसूड़ों, जबड़े और मुंह की जाँच शामिल होती है।

आपकी सहमति पर निम्नलिखित सेवाएँ प्रदान की जा सकती हैं:

सेवा	विवरण
दाँतों की सफाई	कैलकुलस (कठोर प्लैक) या गहरे दागों को हटाने के लिए दाँतों की सफाई
डेंटल एक्स-रे	एक्स-रे (सामान्य रूप से मुंह की दोनों तरफ के लिए एक-एक) से यह देखने में सहायता मिलती है कि मसूड़ों के नीचे और दाँतों के अंदर क्या हो रहा है
फ्लुओराइड वॉर्निश	दाँतों की सड़न को रोकने में सहायता के लिए हरेक छह महीने में सभी दाँतों पर फ्लुओराइड वॉर्निश लगाई जाती है
दरारें भरने के लिए सीलेंट	दाढ़ के दाँतों पर लगाई जाने वाली एक पर्त, जो दाँतों की सड़न को रोकने में सहायता करती है। दरारें भरने के कुछ सीलेंट्स में फ्लुओराइड होता है

अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता होने पर स्माइल स्क्वाड इसके बारे में चर्चा करेगा और सहमति लेगा।

स्माइल स्क्वाड केवल विद्यार्थी को लाभ पहुँचाने वाली निवारक सेवाएँ ही उपलब्ध कराएगा।

### सहमति कौन दे सकता है?

माता-पिता, कानूनी अभिभावक, देखभालकर्ता या परिपक्व अवयस्क इन प्रपत्रों को भर सकते हैं और परीक्षण के लिए सहमति प्रदान कर सकते हैं।

माता-पिता/अभिभावकों को शामिल होने के लिए प्रोत्साहित तो किया जाता है, लेकिन विक्टोरिया में जिन बच्चों को 'परिपक्व अवयस्क' माना जाता है, वे अपनी दंत देखभाल के लिए सहमति प्रदान कर सकते हैं। कानून इस बात को पहचान देता है कि जैसे-जैसे बच्चे बड़े तथा और अधिक परिपक्व होते जाते हैं, वे अपने खुद के निर्णय लेने में अधिक सक्षम होते हैं, जिसमें अपनी स्वास्थ्य देखभाल के लिए खोज करना और इसे प्राप्त करना भी शामिल है।

यह ज़रूरी है कि परिपक्व अवयस्क माने जाने के लिए स्माइल स्क्वाड चिकित्सक इस बारे में संतुष्ट हो कि विद्यार्थी को सूचित सहमति देने के लिए अपनी समस्या और प्रस्तावित उपचार के खतरों, लाभों और संभावित जटिलताओं की पर्याप्त रूप से समझ है। विद्यार्थी को कुछ दंत उपचारों के बारे में निर्णय लेने के लिए सक्षम माना जा सकता है, लेकिन कुछ अन्य के बारे में नहीं। यदि डेंटल क्लिनिकल द्वारा माध्यमिक स्कूल की आयु के विद्यार्थी को परिपक्व अवयस्क नहीं माना जाता है, तो वे माता-पिता/अभिभावक से सहमति लेंगे।

यदि आपके पास कोई प्रश्न हैं, तो कृपया अपने स्माइल स्क्वाड प्रदाता से बात करें।

### क्या माता-पिता, कानूनी अभिभावकों या देखभालकर्ताओं को विद्यार्थी के एपॉइंटमेंट में शामिल होने की आवश्यकता है?

यदि माता-पिता, कानूनी अभिभावक, या देखभालकर्ता चाहें तो इसमें शामिल होने के लिए उनका स्वागत है, लेकिन ऐसा करना आवश्यक नहीं है। कृपया विद्यार्थी विवरण पेज पर चौखाने में सही का निशान लगाकर हमें सूचित करें कि आप इसमें शामिल होना चाहते/चाहती हैं।

यदि और अधिक उपचार की आवश्यकता है, तो हम माता-पिता, कानूनी अभिभावक या देखभालकर्ता को एपॉइंटमेंट पर आने के लिए कह सकते हैं।

### यदि किसी विद्यार्थी ने हाल ही में दंत उपचार प्राप्त किया है, तो क्या होगा?

यदि किसी विद्यार्थी ने हाल ही में किसी दंत चिकित्सक को अपने दाँत दिखाए हैं, तो भी उन्हें स्माइल स्क्वाड द्वारा फिर से देखा जा सकता है। हो सकता है कि उन्हें एक्स-रे और अन्य निवारक सेवाओं की आवश्यकता न पड़े।

स्माइल स्क्वाड विद्यार्थी का नियमित दंत-प्रदाता बन सकता है। हम हरेक साल आपके स्कूल में आएँगे - जिन विद्यार्थियों को इसकी आवश्यकता है, उनके लिए और भी अधिक बार।

### यदि स्कूल में स्माइल स्क्वाड के आने के समय विद्यार्थी स्कूल में नहीं है, तो क्या होगा?

यदि कोई विद्यार्थी स्कूल में नहीं है, तो हम किसी अन्य दिन उन्हें देखेंगे या वे अपनी स्थानीय सामुदायिक दाँतों की एजेंसी में हमारे पास दिखा सकते हैं।

इस वेबसाइट पर अपने सबसे निकट स्थित सामुदायिक दाँतों के क्लिनिक का पता लगाएँ: <https://www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search>

## बच्चों की दंत लाभ अनुसूची (सीडीबीएस) [Child Dental Benefits Schedule (CDBS)]

### बच्चों की दंत लाभ अनुसूची (सीडीबीएस) [Child Dental Benefits Schedule (CDBS)] क्या है?

ऑस्ट्रेलियाई बच्चों की दंत लाभ अनुसूची (सीडीबीएस) [Child Dental Benefits Schedule (CDBS)] एक दंत लाभ कार्यक्रम है, जो 0-17 वर्ष के पात्र बच्चों को दो साल की अवधि के लिए आधारीक दंत देखभाल प्रदान करता है।

स्माइल स्क्वाड पात्र विद्यार्थियों के लिए सीडीबीएस (CDBS) का उपयोग करेगा।

यदि आप इस पैक में दिए गए सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करते/करती हैं, तो हम आपकी ओर से सीडीबीएस (CDBS) के लिए दावा करेंगे।

### यदि कोई विद्यार्थी सीडीबीएस (CDBS) या मेडिकेयर के लिए पात्र नहीं है, तो क्या होगा?

इसके बावजूद भी हरेक विद्यार्थी को निःशुल्क दंत देखभाल प्राप्त होगी। सरकारी स्कूलों में सभी विद्यार्थी स्माइल स्क्वाड को दिखाने के लिए पात्र हैं। इसके लिए कोई भी आउट-ऑफ-पॉकेट लागतें नहीं हैं।

## गोपनीयता

स्माइल स्क्वाड विक्टोरिया सरकार का एक कार्यक्रम है। डेंटल हेल्थ सर्विसेज विक्टोरिया (डीएचएसवी) सामुदायिक दंत एजेंसियों के साथ साझेदारी में इस कार्यक्रम को वितरित कर रही है।

स्माइल स्क्वाड आपकी गोपनीयता को सुरक्षित रखेगा। वे आपकी व्यक्तिगत और स्वास्थ्य-संबंधी जानकारी को गोपनीय और सुरक्षित रखेंगे। स्माइल स्क्वाड इस जानकारी को संग्रहीत करेगा, इसे बनाए रखेगा और इसका उपयोग करेगा, ताकि यह गोपनीयता एवं डेटा संरक्षण अधिनियम 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) और स्वास्थ्य रिकॉर्ड अधिनियम 2001 (Health Records Act 2001) द्वारा निर्धारित किए गए ऊँचे मानकों को पूरा कर सके।

हम इन कानूनों और दिशानिर्देशों का सम्मान करते हैं। ये हमें बताते हैं कि सभी व्यक्तिगत और स्वास्थ्य-संबंधी जानकारी को कब और कैसे एकत्र करना है, उपयोग करना है, संभालना है और नष्ट करना है।

स्माइल स्क्वाड केवल वही व्यक्तिगत और स्वास्थ्य-संबंधी जानकारी एकत्र करेगा, जो आवश्यक है। स्माइल स्क्वाड को विज़िट (मुलाकात) के दौरान अतिरिक्त जानकारी एकत्र करने की आवश्यकता हो सकती है। हम ऐसा इसलिए करते हैं, ताकि हम सबसे अच्छी देखभाल योजना बना सकें।

हम जानकारी एकत्र करेंगे और इसे विद्यार्थी के डेंटल रिकॉर्ड में संग्रहीत करेंगे। प्राधिकृत स्माइल स्क्वाड कर्मियों (डीएचएसवी और विक्टोरिया की सामुदायिक डेंटल एजेंसियों) को यह जानकारी सुलभ होगी।

हम मुख्य रूप से विद्यार्थी की व्यक्तिगत और स्वास्थ्य-संबंधी जानकारी को इस्तेमाल और साझा करेंगे, ताकि:

- विद्यार्थी की दंत-संबंधी आवश्यकताएँ तय की जा सकें;
- उन्हें दंत चिकित्सा देखभाल और उपचार प्रदान किया जा सके।

कुछ विशेष समय पर हम स्माइल स्क्वाड के मूल्यांकन उद्देश्यों के लिए डेटा और प्रतिक्रिया को एकत्र करेंगे और अपनी सेवाओं में सुधार करेंगे। हम इसके लिए आपकी पहचान को गुमनाम रखेंगे।

हम पहचान प्रकट कर सकने वाली सभी जानकारी को हटा देंगे। हमें डीएचएसवी, शिक्षा एवं प्रशिक्षण विभाग और स्वास्थ्य विभाग जैसी सरकारी एजेंसियों के बीच गुमनाम की गई जानकारी को साझा करने की आवश्यकता होगी। हम ऐसा इसलिए करेंगे, ताकि हम विक्टोरिया के स्कूलों में सभी विद्यार्थियों के ओरल हेल्थ (मौखिक-स्वास्थ्य) के बारे में एक-साथ सीख सकें।

अन्य परिस्थितियों में, यदि आवश्यक हो या कानून द्वारा अनुमति दी गई हो, स्माइल स्क्वाड विद्यार्थी की स्वास्थ्य-संबंधी जानकारी का उपयोग या खुलासा कर सकता है।

आप स्माइल स्क्वाड से संपर्क करके अपने डेंटल रिकॉर्ड की सुलभता प्राप्त कर सकते/सकती हैं। कुछ मामलों में, सूचना की स्वतंत्रता (एफओआई) [Freedom of Information (FOI)] प्रक्रिया उपयुक्त हो सकती है। डीएचएसवी के गोपनीयता कथन की एक प्रति डीएचएसवी की वेबसाइट पर उपलब्ध है: <https://www.dhsv.org.au/privacy>

कुछ परिस्थितियों में स्माइल स्क्वाड विद्यार्थी के स्कूल के साथ जानकारी को साझा कर सकता है, यदि यह उनकी सुरक्षा, स्वास्थ्य और कल्याण के समर्थन के लिए आवश्यक हो। स्माइल स्क्वाड कार्यक्रम के संबंध में स्कूल विद्यार्थी के बारे में जो जानकारी एकत्र या प्राप्त करता है, उसका उपयोग और प्रबंधन स्कूल की गोपनीयता नीति के अनुसार किया जाएगा, जिसे स्कूल से प्राप्त किया जा सकता है।

विद्यार्थी का स्कूल पहले से ही अपने पास उपलब्ध जानकारी को स्माइल स्क्वाड के साथ साझा कर सकता है, यदि विद्यार्थी के एपॉइंटमेंट के दौरान यह उनकी सुरक्षा, स्वास्थ्य और कल्याण को समर्थन देने के लिए आवश्यक हो।

### अधिकार और जिम्मेदारियाँ

आपके स्वास्थ्य देखभाल अधिकारों की प्रति ऑस्ट्रेलियाई स्वास्थ्य देखभाल सुरक्षा और गुणवत्ता आयोग (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) की वेबसाइट पर उपलब्ध है।

### फीडबैक

कृपया किसी भी समय हमें बताएँ कि आप क्या सोचते/सोचती हैं (अच्छा या बुरा)। आप अपने फीडबैक को [smilesquad@dhsv.org.au](mailto:smilesquad@dhsv.org.au) पर ईमेल से भेज सकते/सकती हैं।

इस पृष्ठ को प्रयोजनार्थ रिक्त छोड़ा गया है

# स्माइल स्क्वाड में भाग लेने के लिए इस सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करें

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए

DR संख्या: \_\_\_\_\_

स्कूल का नाम: \_\_\_\_\_

ग्रेड / कक्षा: \_\_\_\_\_

(उदाहरण के लिए, 2B)

विद्यार्थी का पूरा नाम: \_\_\_\_\_

विद्यार्थी की जन्मतिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

मैं \_\_\_\_\_ स्माइल स्क्वाड स्कूल डेंटल कार्यक्रम में भाग लेने के लिए सहमति देता/देती हूँ।  
(विद्यार्थी का नाम)

विद्यार्थी कक्षाकाल में अपने स्कूल में निम्नलिखित सेवाएँ प्राप्त कर सकता है:

दंत परीक्षण  हाँ  नहीं  
(चेक-अप)

ध्यान दें: कोई भी अन्य सेवाएँ प्राप्त कर पाने से पहले आपको दंत परीक्षण के लिए हाँ कहना होगा

दाँतों के एक्स-रे  हाँ  नहीं

फ्लुओराइड वॉनिश\*  हाँ  नहीं

दरारों के लिए सीलेंट  हाँ  नहीं

दाँतों की सफाई  हाँ  नहीं

\*यदि किसी विद्यार्थी को बैड-एड्स, कोलोफोनी, रोसिन, दूध प्रोटीन (कैसीन) के प्रति एलर्जी है, या गंभीर अस्थिमा है, तो वॉनिश उत्पाद अनुपयुक्त हो सकते हैं। कृपया नीचे हमें बताएँ।

हम ओरल हेल्थ (मौखिक-स्वास्थ्य) व्यासायिकों की अगली पीढ़ी को प्रशिक्षित कर रहे हैं। विद्यार्थियों को एक योग्य स्माइल स्क्वाड चिकित्सक की देख-रेख के तहत काम करने वाले दंत/मुख-स्वास्थ्य विद्यार्थी द्वारा देखा जा सकता है।

क्या आप विद्यार्थी को दंत/ओरल हेल्थ (मौखिक-स्वास्थ्य) विद्यार्थी द्वारा देखे जाने के लिए सहमति देते/देती हैं?

हाँ  नहीं

मैं अभिस्वीकृति देता/देती हूँ कि मैंने अपने सर्वाधिक संज्ञान के अनुसार स्माइल स्क्वाड को ऐसी सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य-संबंधी और व्यक्तिगत जानकारी प्रदान की है, जो उचित देखभाल उपलब्ध कराने के लिए आवश्यक है।

अभिस्वीकृति देते हुए मैं सहमत हूँ कि मैंने इस सहमति फॉर्म और स्माइल स्क्वाड सूचना पत्रक को पढ़ लिया है। मेरे पास निम्नलिखित विषयों के बारे में समझने के लिए पर्याप्त जानकारी है:

**दंत चिकित्सा सेवाएँ**

स्माइल स्क्वाड द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली दंत चिकित्सा सेवाओं के प्रकार, जिसमें शामिल हैं: संलग्न लाभ और खतरे, सेवाएँ कहाँ प्रदान की जाएँगी, और उन्हें कौन प्रदान करेगा।

**दंत चिकित्सा सेवाओं के बाद देखभाल**

यदि कोई विद्यार्थी दंत सेवाएँ प्राप्त करने के बाद स्कूल में अस्वस्थ हो जाता है, अथवा यदि उन्हें अतिरिक्त देखभाल की आवश्यकता पड़ती है जिसे स्कूल में प्रबंधित नहीं किया जा सकता है, तो स्माइल स्क्वाड के चिकित्सक या स्कूल के कर्मचारी माता-पिता, कानूनी अभिभावक या देखभालकर्ता से संपर्क कर सकते हैं।

**माता-पिता/अभिभावक/विद्यार्थी\* हस्ताक्षर:** \_\_\_\_\_

**माता-पिता/अभिभावक/विद्यार्थी\* पूरा नाम:** \_\_\_\_\_ **दिनांक:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* 18 वर्ष और इससे अधिक आयु के विद्यार्थी, और जिन्हें दंत सेवाएँ प्राप्त करने के उद्देश्य से परिपक्व अवयस्क माना जाता है, वे अपने लिए सहमति स्वयं दे सकते हैं। यह सहमति हस्ताक्षर किए जाने की तिथि से लेकर 12 महीनों के लिए मान्य है।

## बल्क-बिलिंग के लिए रोगी सहमति

मेंडिकेयर की यह एक आवश्यकता है कि हम आपको नीचे दी गई जानकारी प्रदान करें। यदि आप सीडीबीएस का उपयोग करते/करती हैं, तो ये धनराशियाँ आपकी सीडीबीएस लाभ सीमा से ली जाती हैं:

सेवा	सेवासीडीबीएस बल्क-बिल्ड शुल्क	आपको कितना भुगतान करना होगा
दंत परीक्षण (चेक-अप)	\$54.05	\$0.00
दाँतों के एक्स-रे (यदि आवश्यक हो)	\$31.25 प्रति एक्स-रे	\$0.00
दरारों को भरना (यदि आवश्यक हो)	\$47.25 (अधिकतम) प्रति दाँत	\$0.00
दाँतों की सफाई (यदि आवश्यक हो)	\$92.05 (अधिकतम) आवश्यक सफाई के स्तर के आधार पर	\$0.00
सभी दाँतों पर फ्लुओराइड वॉनिश लगाना (यदि आवश्यक हो)	\$35.45 प्रति बार (12 महीनों के अंदर अधिकतम दो बार)	\$0.00

# विद्यार्थी का विवरण

स्कूल का नाम: \_\_\_\_\_

ग्रेड / कक्षा: \_\_\_\_\_  
(उदाहरण के लिए, 2B)

## विद्यार्थी का विवरण

प्रथम नाम: \_\_\_\_\_

पारिवारिक नाम: \_\_\_\_\_

लिंग:  पुरुष  स्त्री  अन्य

जन्मतिथि: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

उपनगर (सबर्ब): \_\_\_\_\_

पोस्टकोड: \_\_\_\_\_

यदि आप स्वयं अपने लिए सहमति देने वाले विद्यार्थी हैं, तो कृपया इसमें शामिल करें:

मोबाइल नंबर: \_\_\_\_\_

ईमेल: \_\_\_\_\_

## माता-पिता/अभिभावक का विवरण

## माता-पिता/अभिभावक के अन्य विवरण (वैकल्पिक)

प्रथम नाम: \_\_\_\_\_

प्रथम नाम: \_\_\_\_\_

पारिवारिक नाम: \_\_\_\_\_

पारिवारिक नाम: \_\_\_\_\_

विद्यार्थी के साथ संबंध: \_\_\_\_\_

विद्यार्थी के साथ संबंध: \_\_\_\_\_

मोबाइल नंबर: \_\_\_\_\_

मोबाइल नंबर: \_\_\_\_\_

ईमेल: \_\_\_\_\_

ईमेल: \_\_\_\_\_

मैं माता/पिता या अभिभावक हूँ और अपने बच्चे/बच्ची के एपॉइंटमेंट में शामिल होना चाहता/चाहती हूँ।

क्या विद्यार्थी एबोरिजनल (आदिवासी) या टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी है?

क्या विद्यार्थी शरण-साधक (एसाइलम सीकर) या शरणार्थी (रिफ्यूजी) है?

- नहीं, न तो आदिवासी और न ही टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी
- आदिवासी
- टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी
- आदिवासी और टोरेस स्ट्रेट द्वीपवासी
- बताना नहीं चाहते/चाहती

- नहीं, न तो शरण-साधक और न ही शरणार्थी
- शरणार्थी
- शरण-साधक
- बताना नहीं चाहते/चाहती

यदि विद्यार्थी के पास मेडिकेयर कार्ड नहीं है, तो कृपया इस अनुभाग को खाली छोड़ दें।

मेडिकेयर कार्ड नंबर:

व्यक्तिगत संदर्भ संख्या:

अंतिम तिथि:  /



क्या दुभाषिण की आवश्यकता है?  हाँ  नहीं

पसंदीदा भाषा: \_\_\_\_\_

क्या विद्यार्थी का जन्म ऑस्ट्रेलिया में हुआ था?  हाँ  नहीं, उनका जन्म किस देश में हुआ था? \_\_\_\_\_

# मेडिकेयर के तहत शुल्क का दावा करने हेतु स्माइल स्ववाड को अनुमति देने के लिए बल्क-बिलिंग रोगी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करें



**Australian Government**  
**Department of Health**

## बच्चों की दंत लाभ अनुसूची (सीडीबीएस) [Child Dental Benefits Schedule (CDBS)] बल्क-बिलिंग के लिए रोगी सहमति फॉर्म

मैं, रोगी / कानूनी अभिभावक, यह प्रमाणित करता हूँ कि मुझे इन बातों के बारे में सूचित किया गया है:

- बच्चों की दंत चिकित्सा लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) के तहत इस तिथि से प्रदान किए गए या प्रदान किया जाने वाला उपचार;
- इस उपचार के लिए संभावित शुल्क;
- मुझे बच्चों की दंत चिकित्सा लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) के अनुरूप सेवाओं के लिए बल्क बिल किया जाएगा और मैं इन सेवाओं के लिए आउट-ऑफ-पॉकेट लागत का भुगतान नहीं करूंगा/करूंगी, जो लाभ सीमा के तहत उपलब्ध पर्याप्त धनराशि के अधीन होगा।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि मुझे/रोगी को केवल लाभ सीमा तक ही दंत लाभ सुलभ होंगे।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि कुछ सेवाओं के लिए लाभ प्रतिबंधित हो सकते हैं और बच्चों की दंत लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) सीमित सेवाओं को ही कवर (बीमे से सुरक्षित) करती है। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मुझे बच्चों की दंत लाभ अनुसूची (Child Dental Benefits Schedule) द्वारा कवर (बीमे से सुरक्षित) नहीं की गई किसी भी सेवा के शुल्कों को व्यक्तिगत रूप से पूरा करने की आवश्यकता होगी।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि सेवाओं के शुल्क उपलब्ध लाभ सीमा को घटा देंगे और लाभों के समाप्त हो जाने के बाद मुझे किसी भी अतिरिक्त सेवाओं के शुल्कों को व्यक्तिगत रूप से पूरा करने की आवश्यकता होगी।

रोगी का मेडिकेयर नंबर

रोगी / कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर

रोगी का पूरा नाम

हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का पूरा नाम  
(यदि वह रोगी नहीं है)

दिनांक:

यह प्रपत्र उस कैलेंडर वर्ष के 31 दिसंबर तक मान्य है, जिसमें इसपर हस्ताक्षर किए गए थे।

हम इन चिकित्सीय समस्याओं के बारे में इसलिए पूछते हैं क्योंकि ये विद्यार्थी के दाँतों के स्वास्थ्य या हमारे द्वारा प्रदान की जाने वाली दंत देखभाल को प्रभावित कर सकती हैं। हम जानते हैं कि इनमें से कुछ प्रश्न बहुत व्यक्तिगत प्रकृति के हैं। कृपया अपने सर्वाधिक संज्ञान के अनुसार जानकारी प्रदान करें।

मेरी कुछ ऐसी व्यक्तिगत जानकारी है, जिसे मैं लिखना नहीं चाहता/चाहती हूँ। मैं इस बारे में स्माइल स्क्वाड के स्टाफ सदस्य के साथ गोपनीय रूप से बात करना पसंद करूंगा/करूंगी। यदि लागू हो, तो कृपया चौखाने पर सही का निशान लगाएँ

क्या विद्यार्थी को कोई एलर्जियाँ हैं?

इसमें भोजन, दवाइयाँ और/या उत्पाद शामिल हैं, जैसे लेटेक्स, बैड-एड्स, कोलोफोनी, रोसिन, दूध प्रोटीन (कैसीन)

हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रदान करें:

---

---

---

क्या विद्यार्थी को पिछले छह महीनों में गंभीर अस्थमा के लिए अस्पताल में भर्ती कराया गया है?

हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रदान करें:

---

---

---

क्या विद्यार्थी वर्तमान में कोई दवाइयाँ ले रहा है?

इसमें अस्थमा इन्हेलर/पफर का उपयोग करना भी शामिल है

हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रदान करें:

---

---

---

क्या विद्यार्थी किसी ऐसी समस्या या विकलांगता से ग्रस्त है, जिसके बारे में हमें अपना उपचार प्रदान करते समय विचार करने की आवश्यकता है?

उदाहरण के लिए, शारीरिक विकलांगता (जिसमें व्हीलचेयर सुलभता की आवश्यकता भी शामिल है); संवेदनात्मक या बौद्धिक विकलांगता; मानसिक स्वास्थ्य या मनोवैज्ञानिक स्थिति

हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रदान करें:

---

---

---



यदि विद्यार्थी को कभी भी निम्नलिखित में से कोई समस्या थी, तो कृपया सही का निशान लगाएँ:

श्वसन रोग जैसे अस्थमा, फेफड़ों की बीमारी, टीबी	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
हृदय रोग या हृदय में घरघराहट	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
हृदय की सर्जरी जैसे कृत्रिम हृदय वाल्व, पेसमेकर	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
आमवाती ज्वर	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
निम्न या उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
कैंसर के लिए उपचार, इसमें कीमोथेरेपी या विकिरण चिकित्सा भी शामिल है	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
अत्यधिक रक्तस्राव या रक्त विकार	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
अन्य सर्जरी जैसे प्रत्यारोपण (ट्रांसप्लांट), कृत्रिम जोड़	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
सिर, गर्दन या रीढ़ की हड्डी में चोट	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
दौरे पड़ना या मिर्गी	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
लंबे समय तक चलने वाली चिकित्सीय समस्या जैसे स्ट्रोक, गठिया	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
डायबिटीज़ कौन सा प्रकार? _____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
गुर्दे का रोग	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
यकृत का रोग	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
मानव पेपिलोमावायरस (एचपीवी) टीका (राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम के हिस्से के रूप में कक्षा 7 के विद्यार्थियों को इसकी पेशकश की जाती है)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
क्या विद्यार्थी गर्भवती है या विद्यार्थी गर्भवती हो सकती है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
क्या विद्यार्थी तंबाकू उत्पादों (धूम्रपान) का उपयोग करता है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
क्या विद्यार्थी ई-सिगरेट (वेपिंग) का उपयोग करता है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
क्या विद्यार्थी एल्कोहल का सेवन करता है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं

यदि आपने उपरोक्त किसी भी प्रश्न के लिए हाँ पर सही का निशान लगाया है, तो कृपया और अधिक विवरण दें: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ओरल हेल्थ (मौखिक-स्वास्थ्य) प्रश्नावली - भाग 1

विद्यार्थी का पूरा नाम: \_\_\_\_\_

जन्मतिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

इन प्रश्नों के उत्तर स्माइल स्क्वाड को यह समझने में सहायता देते हैं कि क्या आपको मुंह के कोई भी पहलू चिंतित करते हैं। इससे हमें उन बातों पर ध्यान केंद्रित करने में सहायता मिलेगी, जो आपके लिए सबसे अधिक मायने रखती हैं।

क्या आप इस बारे में चिंतित हैं कि विद्यार्थी को...

मुंह में दर्द होता है? (उदाहरण के लिए, दाँतों की समस्या के कारण सोने में परेशानी)  हाँ  नहीं

उनके दाँतों या मुंह की समस्या के कारण खाने या पीने में परेशानी होती है?  हाँ  नहीं

उनके दाँतों या मुंह की समस्या के कारण स्पष्ट रूप से बोलने में परेशानी होती है?  हाँ  नहीं

वे अपने दाँतों या मुंह की समस्या के कारण स्कूल में या अन्य गतिविधियों में शामिल नहीं हो पाए हैं?  हाँ  नहीं

वे अपने दाँतों या मुंह की समस्या के कारण अन्य विद्यार्थियों के साथ होने पर मुस्कराते, हंसते या दाँत नहीं दिखाते हैं?  हाँ  नहीं

उनके दाँतों या मुंह में कोई अन्य समस्याएँ हैं?  हाँ  नहीं

यदि आपने उपरोक्त में से किसी भी प्रश्न के लिए हाँ पर सही का निशान लगाया है, तो कृपया और अधिक विवरण दें:

इन प्रश्नों के आपके उत्तर हमें प्रत्येक विद्यार्थी के लिए दाँतों से संबंधित उनके अनुभवों को समझने में सहायता देते हैं।

क्या पहले कभी विद्यार्थी ने अपने दाँतों का परीक्षण कराया है?  हाँ - निजी डेंटल क्लिनिक  नहीं

हाँ - सार्वजनिक/सामुदायिक डेंटल क्लिनिक

हाँ - अन्य/सुनिश्चित नहीं

अंतिम विज़िट की तिथि, यदि ज्ञात हो: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

क्या वर्तमान में विद्यार्थी किसी डेंटल विशेषज्ञ की देखभाल के तहत है?  हाँ आपके डेंटल विशेषज्ञ का नाम और पता: \_\_\_\_\_  नहीं

जैसे ऑर्थोडॉन्टिस्ट

क्या विद्यार्थी को किसी बात से भय महसूस होता है या उन्हें कोई संवेदनशीलता है, या क्या उन्हें पिछली डेंटल विज़िट्स के दौरान या बाद में नकारात्मक अनुभव हुए हैं जिनके बारे में हमें पता होना चाहिए?  हाँ कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_  नहीं  
 मैं सुनिश्चित नहीं हूँ

क्या आपके पास नई परिस्थितियों में बेहतर तरीके से सामना करने में सहायता के लिए कोई कार्यनीतियाँ या समर्थन है? उदाहरण के लिए, पसंदीदा खिलौना, आईफोन एप, पुस्तक  हाँ कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_  नहीं  
 मैं सुनिश्चित नहीं हूँ

क्या कोई अन्य बात है, जिसके बारे में हमें विद्यार्थी के दाँतों और मुंह की जाँच करने से पहले अवगत होना चाहिए?  हाँ कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_  नहीं

पिछले छह महीनों में, क्या इनमें से किसी भी कारण की वजह से विद्यार्थी दंत देखभाल प्राप्त करने से बाधित हुआ है?  निकटतम डेंटल क्लिनिक की दूरी  नहीं  
 शुल्क  
 अन्य कारण - कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_

## ओरल हेल्थ (मौखिक-स्वास्थ्य) प्रश्नावली - भाग 2

विद्यार्थी का पूरा नाम: \_\_\_\_\_

जन्मतिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

दाँतों की जाँच करने के साथ-साथ स्माइल स्क्वाड यह पता लगा सकता है कि क्या किसी विद्यार्थी के दाँतों में भविष्य में सड़न होने की संभावना है। हम विद्यार्थी के वर्तमान ओरल-हेल्थ (मौखिक-स्वास्थ्य), किसी भी पिछले उपचार, और उनके खाने, पीने और ब्रश करने की आदतों को देखकर ऐसा करते हैं। इन प्रश्नों के लिए आपके उत्तर भविष्य में दाँतों को स्वस्थ रखने में समर्थन देने के लिए सबसे अच्छी योजना विकसित करने में हमारी सहायता करते हैं।

क्या पिछले तीन वर्षों में दाँतों की सड़न के कारण विद्यार्थी के किसी दाँत को भरा गया है या निकाला गया है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_  
 मैं सुनिश्चित नहीं हूँ \_\_\_\_\_

क्या विद्यार्थी अपने मुँह में कोई उपकरण पहनता है? जैसे ऑर्थोडॉन्टिक प्लेट, रिटेनर, नाइट गार्ड, डेन्चर या माउथगार्ड  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_

क्या विद्यार्थी कोई खेल खेलता है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_

विद्यार्थी भोजन के समयों के बीच कितनी बार मीठे स्नैक्स का सेवन करता है?  दिन में तीन या इससे अधिक बार  सप्ताह में कुछ बार  
 दिन में एक या दो बार  लगभग कभी नहीं

विद्यार्थी कितनी बार फलों का रस या चीनी से मीठे किए गए पेय लेता है?  दिन में तीन या इससे अधिक बार  सप्ताह में कुछ बार  
 दिन में एक या दो बार  लगभग कभी नहीं

विद्यार्थी घर में किस तरह का पानी पीता है?  नल से (अनफिल्टर्ड)  बोटलबंद  
 वर्षाजल टंकी या बोर  अन्य (जैसे फिल्टर्ड पानी)

विद्यार्थी अपने दाँतों को टूथपेस्ट से कितनी बार ब्रश करता है?  दिन में एक बार (सुबह)  दिन में एक बार से भी कम  
 दिन में एक बार (शाम)  दिन में दो बार से अधिक  
 दिन में दो बार

विद्यार्थी किस प्रकार के टूथपेस्ट का उपयोग करता है?  मानक फ्लुओराइड टूथपेस्ट  फ्लुओराइड-मुक्त टूथपेस्ट  
 बच्चों का फ्लुओराइड टूथपेस्ट  पता नहीं/सुनिश्चित नहीं

दाँतों को ब्रश करने के बाद विद्यार्थी आम-तौर पर क्या करता है?  टूथपेस्ट को थूक देता है  टूथपेस्ट को निगल लेता है  
 कुल्ला करके थूक देता है  कुल्ला करके निगल लेता है

पिछले छह महीनों में क्या विद्यार्थी के दाँतों पर किसी डेंटल क्लिनिक में फ्लुओराइड लगाया गया था?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें: \_\_\_\_\_  
 मैं सुनिश्चित नहीं हूँ \_\_\_\_\_

क्या परिवार के किसी सदस्य या विद्यार्थी के साथ उसी घर में रहने वाले किसी व्यक्ति के दाँतों और/या मसूड़ों में गंभीर समस्याएँ हैं?  हाँ  नहीं  
 मैं सुनिश्चित नहीं हूँ

क्या माता/पिता या कोई अन्य वयस्क विद्यार्थी को अपने दाँतों को ब्रश करने में सहायता देता है?  हाँ  नहीं  
 लागू नहीं

यदि उपरोक्त प्रश्न का उत्तर हाँ है, तो किस प्रकार की सहायता दी जाती है?  ब्रश पर टूथपेस्ट लगाना और उनके दाँतों को ब्रश करना  
 केवल ब्रश पर टूथपेस्ट लगाना  
 निगरानी करना और सलाह देना  
 अन्य (कृपया विवरण प्रदान करें): \_\_\_\_\_

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए	<input type="checkbox"/> समाप्त	दिनांक: / /	आद्यक्षर:
	<input type="checkbox"/> फॉलो-अप किया गया	दिनांक: / /	आद्यक्षर:

# इन दंत सेवाओं का क्या अर्थ है?

स्माइल स्क्वाड केवल तभी सेवाएँ प्रदान करेगा, जब विद्यार्थी को उनसे लाभ होगा।

## दंत परीक्षण (चेक-अप)

दंत परीक्षण में दाँतों, मसूड़ों, जबड़े और मुँह का परीक्षण शामिल होता है।

**लाभ:** समस्याओं को जल्दी खोजने का सबसे अच्छा तरीका चेक-अप करना होता है। एक बार जब हमें पता चल जाता है कि क्या चल रहा है, तो हम फॉलो-अप देखभाल या उपचार के लिए योजना बना सकते हैं।

**चेक-अप के बिना:** हम समस्याओं की पहचान नहीं कर सकते हैं। यदि समस्याओं का उपचार न किया जाए, तो ये और भी अधिक खराब हो सकती हैं।

**खतरे:** इसके कोई संभावित खतरे नहीं हैं।

## दाँतों की एक्स-रे

शरीर के अंदर क्या हो रहा है, इसकी तस्वीर बनाने के लिए एक्स-रे मशीन विकिरण का उपयोग करती है।

हम मुँह के अंदर एक छोटी सी फिल्म रखकर इसका उपयोग करके दाँतों की एक्स-रे लेते हैं। सामान्य रूप से हम दो एक्स-रे लेते हैं - प्रत्येक तरफ के लिए एक, लेकिन कभी-कभी हम किसी क्षेत्र को अधिक बारीकी से देखने के लिए और अधिक एक्स-रे भी ले सकते हैं।

**लाभ:** दाँतों की एक्स-रे से हमें दाँतों के बारे में वह जानकारी मिल पाती है, जिसे नंगी आंखों से नहीं देखा जा सकता है। एक्स-रे दूध के दाँतों के नीचे वयस्क दाँतों में सड़न, संक्रमण या समस्याओं की खोज कर सकती हैं। इससे हमें उपचार की योजना बनाने में सहायता मिलती है।

**एक्स-रे के बिना:** हम उन समस्याओं की खोज करने से चूक सकते हैं, जिनके बारे में यदि हमें पता चल सके तो उन्हें ठीक किया जा सकता है।

**खतरे:** दाँतों की एक्स-रे बहुत सुरक्षित होती हैं। सामान्य रूप से हम जो एक्स-रे लेते हैं, उनमें हवाई जहाज की उड़ान की तुलना में कम विकिरण होता है।

## फ्लुओराइड वॉनिश लगाना

फ्लुओराइड वॉनिश एक निवारक उपचार है।

दाँतों पर फ्लुओराइड वॉनिश लगाना बहुत आसान होता है और सामान्य रूप से इसमें बस कुछ ही मिनट लगते हैं। हम छोटे से ब्रश या कॉटन बड का प्रयोग करके दाँतों पर वॉनिश लगाते हैं। वॉनिश कई घंटों तक दाँतों पर चिपकी रह सकती है। जब तक फ्लुओराइड वॉनिश घुलकर दूर न हो जाए, तब तक आप इसे दाँतों पर लगा हुआ देख सकते/सकती हैं।

यदि वर्ष में कम से कम दो बार फ्लुओराइड वॉनिश लगाई जाए, तो यह सबसे अधिक कारगर रहती है। यदि आवश्यक हो, तो हम विद्यार्थी के ओरल हेल्थ (मौखिक-स्वास्थ्य) की जाँच करने और फ्लुओराइड वॉनिश लगाने के लिए छह महीने बाद फिर से वापिस आएँगे।

**लाभ:** फ्लुओराइड एक साधारण खनिज है, जो मजबूत दाँतों के निर्माण और दाँतों की सड़न की रोकथाम में सहायता करता है। फ्लुओराइड वॉनिश सड़न को शुरू होने से रोक सकती है। यह सड़न की दर को धीमा भी कर सकती है। फ्लुओराइड वॉनिश का उपयोग करके भविष्य में दाँतों की सड़न की रोकथाम की जा सकती है।

**यदि हम फ्लुओराइड वॉनिश का उपयोग नहीं करते हैं:** दाँतों की सड़न की संभावना अधिक हो सकती है और भविष्य में दरारें भरने जैसे उपचार की आवश्यकता हो सकती है।

**खतरे:** कुछ लोगों को फ्लुओराइड वॉनिश के किसी घटक के प्रति एलर्जी हो सकती है, किंतु यह दुर्लभ होता है। **बैंड-एड्स, रोसिन, कोलोफोनी या दूध प्रोटीन (कैसीन) के प्रति एलर्जी वाले विद्यार्थियों को संभावित रूप से फ्लुओराइड वॉनिश नहीं भी लगाई जा सकती है। गंभीर अस्थमा से ग्रस्त विद्यार्थियों को भी फ्लुओराइड वॉनिश से परहेज करनी चाहिए।**

## दरारों के लिए सीलेंट

दरारों के सीलेंट दाँतों में खाँचों (दरारों) पर लगाई जाने वाली एक विशेष कोटिंग होती है।

सामान्य रूप से सीलेंट को पक्की दाढ़ के दाँतों में मौजूद दरारों में लगाया जाता है। सीलेंट लगाने के लिए हम दाँत की सतह को साफ करते हैं और इसे तब तक शुष्क रखते हैं जब तक सीलेंट सेट न हो जाए।

**लाभ:** सीलेंट दाँतों की दरारों को भरते हैं और भोजन व रोगाणुओं को फंसने से रोकते हैं। यह दरारों में सड़न शुरू होने की रोकथाम करता है।

कुछ सीलेंट पदार्थों में फ्लुओराइड होता है। हम कम सड़न वाले दाँतों पर इसका उपयोग करके सड़न को बढ़ने से रोक सकते हैं।

**दरारों के सीलेंट के बिना:** दाँतों की दरारों में सड़न हो सकती है। इसका अर्थ यह हो सकता है कि बाद में फिलिंग की आवश्यकता पड़ेगी। सड़न होने की संभावना तब अधिक होती है, जब विद्यार्थी अपने दाँतों को बहुत अच्छी तरह से साफ नहीं कर पाते हैं और चीनी का उपयोग करके मीठे बनाए गए पेयों और भोजन का सेवन करते हैं।

**खतरे:** दुर्लभ मामलों में कुछ लोगों को दरारों की सीलेंट सामग्री से एलर्जी हो सकती है।

## दाँतों की सफाई

जब मात्र टूथब्रश के उपयोग से कैलकुलस (हार्ड प्लेक) या गहरे दाग हटाए नहीं जा सकते हैं, तो दाँतों की अतिरिक्त सफाई की आवश्यकता हो सकती है।

हम कंपन पैदा करने वाले उपकरणों का प्रयोग करके कैलकुलस को हटा सकते हैं। हम विशेष इलेक्ट्रिक टूथब्रश और पॉलिशिंग पेस्ट का प्रयोग करके गहरे दागों को हटा सकते हैं।

**लाभ:** कैलकुलस दाँतों पर कड़ाई से जमी हुई प्लेक होती है। सामान्य रूप से यह मसूड़ों के नजदीक जमा होती है और मसूड़ों के लिए परेशानी पैदा कर सकती है। यदि इसका उपचार न किया जाए, तो इसके परिणामस्वरूप मसूड़ों का रोग हो सकता है।

**सफाई के बिना:** कैलकुलस एक खुरदुरी सतह प्रदान करती है, जिसमें प्लेक फंस सकती है। इससे घर पर दाँतों को साफ रखना और भी कठिन हो सकता है। कैलकुलस को जमा हुआ छोड़ने से मसूड़ों का रोग भी हो सकता है।

**खतरे:** इसके कोई संभावित खतरे नहीं हैं।

## फॉलो-अप उपचार

यदि किसी विद्यार्थी को अपनी देखभाल योजना के हिस्से के रूप में अतिरिक्त फॉलो-अप उपचार की आवश्यकता पड़ती है, तो स्माइल स्क्वाड इसके बारे में चर्चा करेगा और सूचित सहमति लेगा।