ఇండియన్ డెంటల్ అసోసియేషన్ - **ఆంధ్ర ప్రదేశ్ రాష్ట్ర శాఖ**

<u>దంత వైద్యశాల చిరునామ</u>	COVID 19 దంత వైద్య చికిత్స కొరకు సమాచార సమ్మతి పత్రం

పేరు : ____ తారీఖు/సమయం: ....

చిరునామ : ____________________________________

వయస్సు / లింగము: ____ స్త్రీ / పు

____ మొబైల్ సంఖ్య: ________________

	COVID 19 - ప్రశ్నా పత్రం	ఔను	కాదు
1	మీరు కాని మీ యొక్క సహనివాసులు కాని కొవిడ్-19 వ్యాధి అని నిర్ధారింపబడ్డారా ?		
2	మీరు కాని మీ యొక్క సహనివాసులు కాని ఆంధ్రప్రదేష్ ఆరోగ్య శాఖ వారి యొక్క క్వారంటైన్ నందు ఉన్నారా?		
3	మీకు జ్వరం, జలుబు, తుమ్ములు, దగ్గు, ఒళ్ళు నొప్పులు, గొంతు గర గర, ఊపిరి తీస్కోవడంలో ఇబ్బంది ఉన్నాయా?		
4	పైన పేర్కొనబడిన ప్రశ్నలో మీ యొక్క సమాధనం '<u>**ఔను**</u>' ఐతే మీరు డాక్టర్ గారిని కలిసారా?		
5	మీరు కాని మీ యొక్క సహనివాసులు కాని గడిచిన 45 రోజుల్లో దేశం బయటకాని / రాష్ఠం బయటకాని ప్రయణించారా?		
6	మీ కుటుంబ సభ్యులలో ఎవరికైనా జ్వరం, జలుబు, తుమ్ములు, దగ్గు, ఒళ్ళు నొప్పులు, గొంతు గర గర, ఊపిరి తిస్కొవడం లో ఇబ్బంది ఉన్నాయా?		
7	మీకు ఏమైనా దీర్ఘ కాలిక వ్యాధులు ఉన్నాయా? (ఉన్నట్లు ఐతే వాటి వివరములు పొందు పరచండి)		
8	మీరు కాని మీ యొక్క సహనివాసులు కాని గడిచిన 45 రోజుల్లో <u>**కొవిడ్-19**</u> హాట్ స్పాట్ ప్రదేశము నందు కనీసము ఒక్క సారి అయినా సందర్శించారా?		
9	మీరు ఈ మధ్యలో ఎవరైనా అపరిచిత వ్యక్తులను సమావేశాలలో కాని, గుంపులలో కాని, పెళ్ళిళ్ళలో కాని కలిసారా?		

.... అనబడే నేను దంత వైద్యము కొరకు .... దంత చికిత్సాలయమునకు నా అభీష్టం మేరకు వచ్చి ఉన్నాను.

ఈ చికిత్సాలయము నందు వైద్యులకు నాకు చికిత్స చేయుటకు కాని, నిరాకరించుటకు కాని, నా యొక్క చికిత్స నిమిత్తము మరి ఇతరత్రా ప్రదేశమునకు కాని పంపించుటకు పూర్తి స్వతంత్రత కలదు.

నేను **కొవిడ్-19** వ్యాధి కనిపించని రోగిని కాని, **కొవిడ్-19** వ్యాధి నిర్ధారణ కాని రోగిని ఐతే, ఈ చికిత్సాలయం నందు పనిచేయు వైద్యులకు కాని వారి సిబ్బందికి కాని నా వలన ప్రమాదము పొంచి ఉన్నదని గ్రహింపగలను. ఈ చికిత్సాలయము నందువారుఇచ్చుసలహాలనుమరియుసూచనలను పాటించుటనా యొక్కవిధిమరియుభాధ్యత. నేను కాని నా సహాయకులు కాని ఇంతకు ముందే **కొవిడ్-19** వ్యాధి కనిపించని రోగిని/ రోగులు కాని, **కొవిడ్-19** వ్యాధి నిర్ధారణ కాని రోగిని/ రోగులు కాని , ఈ చికిత్సాలయమునకు వచ్చిన తర్వాత **కొవిడ్-19** వ్యాధి సోకే రోగిని/ రోగులు కాని అయి ఉండి ఉండవొచ్చు అని మరియు **కొవిడ్-19** వ్యాధి సోకే ప్రమాదం ఉన్నది అని, తెలుసుకొని, అర్ధం చేసుకో గలను. దీని వలన ఈ చికిత్సాలయము నందు వైద్యులను కాని, వారి సిబ్బందిని, కాని భాద్యులను చేయబోనని, నిందారోపణలు చేయబోనని ప్రమాణము చేయుచున్నాను. పైన పేర్కొనబడిన నియమ , నిబంధనలు నేను నా యొక్క స్థానిక భాషలో చదివి ఉన్నాను/ లేక విని పూర్తిగా అర్ధం చేసుకుని సంతృప్తిచెంది ఉన్నాను. పైన పేర్కొనబడిన నియమ, నిబంధనలను పాటించుటకు ఒప్పుకుని ఉన్నాను. నేను ఇతర ప్రదేశములు నుంచి తెలుసుకుని, ధృవీకరించుకుని, ఏ ప్రమాదము జరిగినా నాకు నెనే బాధ్యుడిగా ప్రకటించుకుంటున్నాను. పైన పేర్కొనబడిన విషయాలు నా యొక్క జ్ఞానం మేరకు నిజం అని నిర్ధారిస్తున్నాను. పైన పేర్కొనబడిన విషయాలు నేను పూర్తి స్పృహ ఉన్నప్పుడే పేర్కుంటున్నాను.

రోగి యొక్క/ వారి తల్లి తండ్రుల యొక్క/ బంధువుల యొక్క సంతకం	
సహాయకులు యొక్క సంతకం	

వైద్యుని పేరు మరియు సంతకము:

రాష్ఠ దంత వైద్య మండలి
రిజిస్టేషన్ నం.

గమనిక: సమాచారం బహిర్గతం చెయ్యని యెడల, లేదా తప్పుడు సమాచారం అందించిన యెడల ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వం, IPC మరియు Epidemic Diseases Ordinance 2020 ప్రకారము శిక్షార్హులు.

IDA Indian Dental Association Andhra Pradesh