

مریض کا نام: _____ مریض کا آئی ڈی نمبر: _____
تاریخ پیدائش: _____

I. صحیح جواب پر دائرہ لگائیں (اگر آپ کو سوال سمجھ نہ آئے تو اسے خالی چھوڑ دیں):

1. جی ہاں / جی ہاں نہیں
2. جی ہاں / جی ہاں نہیں
3. جی ہاں / جی ہاں نہیں
4. جی ہاں / جی ہاں نہیں
5. جی ہاں / جی ہاں نہیں
6. جی ہاں / جی ہاں نہیں

II. کیا آپ کو تجربہ ہوا ہے؟

7. جی ہاں / جی ہاں نہیں
8. جی ہاں / جی ہاں نہیں
9. جی ہاں / جی ہاں نہیں
10. جی ہاں / جی ہاں نہیں
11. جی ہاں / جی ہاں نہیں
12. جی ہاں / جی ہاں نہیں
13. جی ہاں / جی ہاں نہیں
14. جی ہاں / جی ہاں نہیں
15. جی ہاں / جی ہاں نہیں
16. جی ہاں / جی ہاں نہیں
17. جی ہاں / جی ہاں نہیں
18. جی ہاں / جی ہاں نہیں
19. جی ہاں / جی ہاں نہیں
20. جی ہاں / جی ہاں نہیں
21. جی ہاں / جی ہاں نہیں
22. جی ہاں / جی ہاں نہیں
23. جی ہاں / جی ہاں نہیں
24. جی ہاں / جی ہاں نہیں
25. جی ہاں / جی ہاں نہیں
26. جی ہاں / جی ہاں نہیں
27. جی ہاں / جی ہاں نہیں
28. جی ہاں / جی ہاں نہیں

III. کیا آپ مبتلا ہیں یا ہو چکے ہیں؟

29. جی ہاں / جی ہاں نہیں
30. جی ہاں / جی ہاں نہیں
31. جی ہاں / جی ہاں نہیں
32. جی ہاں / جی ہاں نہیں
33. جی ہاں / جی ہاں نہیں
34. جی ہاں / جی ہاں نہیں
35. جی ہاں / جی ہاں نہیں
36. جی ہاں / جی ہاں نہیں
37. جی ہاں / جی ہاں نہیں
38. جی ہاں / جی ہاں نہیں
39. جی ہاں / جی ہاں نہیں
40. جی ہاں / جی ہاں نہیں
41. جی ہاں / جی ہاں نہیں
42. جی ہاں / جی ہاں نہیں
43. جی ہاں / جی ہاں نہیں
44. جی ہاں / جی ہاں نہیں
45. جی ہاں / جی ہاں نہیں
46. جی ہاں / جی ہاں نہیں
47. جی ہاں / جی ہاں نہیں
48. جی ہاں / جی ہاں نہیں
49. جی ہاں / جی ہاں نہیں
50. جی ہاں / جی ہاں نہیں

IV. کیا آپ کے ساتھ یہ ہوا ہے یا ہو رہا ہے؟

51. جی ہاں / جی ہاں نہیں
52. جی ہاں / جی ہاں نہیں
53. جی ہاں / جی ہاں نہیں
54. جی ہاں / جی ہاں نہیں
55. جی ہاں / جی ہاں نہیں
56. جی ہاں / جی ہاں نہیں
57. جی ہاں / جی ہاں نہیں
58. جی ہاں / جی ہاں نہیں
59. جی ہاں / جی ہاں نہیں
60. جی ہاں / جی ہاں نہیں

V. کیا آپ استعمال کر رہے / رہی ہیں؟

61. جی ہاں / جی ہاں نہیں
62. جی ہاں / جی ہاں نہیں

براہ مہربانی درج کریں: _____

VI. صرف خواتین کے لئے:

65. جی ہاں / جی ہاں نہیں
66. جی ہاں / جی ہاں نہیں

VII. تمام مریضوں کے لئے:

67. جی ہاں / جی ہاں نہیں

میں نے ہر سوال کا اپنے ممکن علم کے مطابق صحیح اور مکمل جواب دیا ہے۔ اور اپنے دندان ساز کو اپنی صحت میں کسی بھی تبدیلی اور / یا معالجے کے بارے میں مطلع کروں گا / گی۔

مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____

دوبارہ جائزہ:

1. مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____
2. مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____
3. مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____