

Gwasanaeth Deintyddol Cymunedol – Ffurflen Atgyfeirio

Er mwyn i'r atgyfeiriad hwn gael ei ystyried ar gyfer brysbennu gan y tîm CDS rhaid iddo gael ei gwblhau'n llawn gan yr ymarferydd atgyfeirio; bydd ffurflenni anghyflawn yn cael eu dychwelyd at yr atgyfeiriwr.
(mae pob rhan sydd wedi'i marcio â * yn orfodol)



Cardiff & Vale
Community Dental Service
Gwasanaethau Deintyddol Cymunedol
Caerdydd a'r Fro

Deintyddiaeth Gofal Arbennig - Cynhwysiant Iechyd

Enw llawn y claf: *

Dyddiad geni: *

Ethnigrwydd:*

Rhif GIG:

Rhyw biologol: Gwryw

Benyw

Hunaniaeth rhywedd:

Cyfeiriad, yn cynnwys cod post: *

Cyfeiriad e-bost: *

Rhif ffôn: *

Symudol: *

Hoffem ddod yn wasanaeth di-bapur, felly a fydddech chi'n cydsynio i dderbyn gohebiaeth drwy e-bost a/neu negeseuon testun? (cylchwch) *

Byddwn

Na fyddwn

Iaith gyntaf: *

A fydd angen cyfieithydd? (cylchwch) *

Bydd

Na fydd

Enw'r perthynas agosaf / Gofalwr / Person neu gorff â chyfrifoldeb rhiant *

Perthynas â'r claf: *

Rhif cyswllt: *

Enw'r Gweithiwr Cymdeithasol: *

Rhif cyswllt: *

Enw, cyfeiriad a rhif ffôn yr Ymarferydd Meddygol Cyffredinol: *

Cyflyrau meddygol: *

Meddyginiaethau: *

Hanes cymdeithasol perthnasol: *

Smygwr?

Sawl un/y dydd?

Alcohol?

Unedau/y dydd?

Rheswm dros atgyfeirio: *

Gwybodaeth ategol: Amlinellwch sut mae cyflwr y claf yn effeithio ar ei allu i dderbyn gofal deintyddol.

Ar gyfer pobl ag anabledd dysgu, ASD, ADHD neu niwroamrywiaeth arall, nodwch a yw'n ysgafn/cymedrol/difrifol

Statws atgyfeirio: (cylchwch) *

Brys (poen a/neu chwydd)

Dim brys

Sut mae symudedd y claf? *		Y gallu i gyfathrebu *		A oes ganddynt y gallu i gydsynio? *	
Cerdded heb gymorth		Llawr		Oes	
Angen cymorth		Cyfyngedig		Nac oes	
Angen teclyn codi		Arall:		Ddim yn gwybod	
Sut ydych chi'n teithio i'ch apwyntiadau? (cylchwch) *					
		Cludiant ambiwlans		Car	
				Arall	

Meini prawf atgyfeirio, ticiwch y blwch/blychau sy'n berthnasol i gleifion:

Digartref	01	<input type="checkbox"/>
Ffoadur	02	<input type="checkbox"/>
Gweithiwr rhyw	03	<input type="checkbox"/>
Ceisiwr lloches	04	<input type="checkbox"/>
Person sy'n gadael y carchar	05	<input type="checkbox"/>
Hanes o gamddefnyddio sylweddau	06	<input type="checkbox"/>
Os ateboch chi 'Oes' i 06, rhwngch fanylion:		
Arall	07	Nodwch:

Enw'r atgyfeiriwr: *	Cyfeiriad: *
Cyfeiriad e-bost: *	Cod post: *
	Rhif ffôn: *

Dychwelwch y ffurflen hon:

Drwy'r post at: Gwasanaeth Deintyddol Cymunedol, Canolfan Iechyd Butetown, Sgwâr Loudoun, Stryd Bute, Caerdydd, CF10 5UZ neu drwy e-bost: HealthInclusion.team.CAV@wales.nhs.uk

I'w gwblhau gan y Gwasanaeth Deintyddol Cymunedol					
Dyddiad y proseswyd yr atgyfeiriad			Wedi'i frysennu gan		
Canlyniad yr atgyfeiriad (cylchwch)	Derbyniwyd	Gwrthodwyd	Rhestr aros (cylchwch):		
Blaenoriaeth ar y rhestr aros (cylchwch)	Isel	Canolig	Uchel	HI NP	Therapydd HI NP
				Arall:	