

# 新州衛生部 小學流動牙科項目

新州衛生部很高興地在校內為您的孩子免費提供牙科檢查。

這套資料包括了有關新州衛生局小學流動牙科項目的資訊以及

- 治療同意書
- 財務同意書

## 需要付費嗎？

**不需要，這項服務是由新州政府免費提供的。**

您的孩子可能還符合澳大利亞政府兒童牙科福利計劃（Child Dental Benefits Schedule, CDBS）的條件，這個計劃跟國民保健（Medicare）類似。如果您簽署了CDBS同意書，澳大利亞政府允許我們代表您申請這項補助。如果您的孩子不符合條件，新州衛生部將為其提供免費治療。

我們鼓勵您簽署CDBS財務同意書，因為這將有助於支持我們在新州提供牙科護理，但這並不是強制性的。

## 治療資訊

### 包括哪些內容？

如果您同意，您的孩子可能會接受以下治療：

治療	說明
牙科檢查	全面檢查包括：風險因素評估、口腔健康教育、發育情況評估（測量身高和體重並計算身體品質指數——BMI）。在牙齒檢查過程中為所有兒童作生長情況評估，作為良好臨床醫護的一項內容，這是新州衛生部公立牙科診所的標準做法。
牙科X光檢查 (如有需要)	2次小型牙科X光檢查（如果需要），以觀察牙齒內部和牙齦下面的情況，檢查恆牙的生長情況。
臨床影像檢查 (如有需要)	口腔內牙齒、牙齦、舌頭、臉頰和嘴唇臨床拍片（如果需要）。
潔牙 (如有需要)	潔牙以去除牙菌斑和/或牙結石。
窩溝封閉 (如有需要)	封閉恆磨牙的窩溝，以幫助預防蛀牙。
塗抹氟化劑 (如有需要)	牙齒塗氟，以減少蛀牙的風險。

建議您訪問網站，閱讀關於您孩子可能接受的治療的更多資訊。或按背頁聯絡方式跟地方衛生區聯絡。

## 您需要做什麼？

1. 閱讀本資料包中的所有資訊
2. 填寫英文同意書
3. 簽署治療同意書
4. 填寫風險因素資訊問卷（這有助於我們為您的孩子提供個人化護理）
5. 閱讀兒童牙科福利表資訊表
6. 簽署兒童牙科福利計劃全額報銷（bulk billing）患者同意書（可選）
7. 盡快將同意書交回您孩子的學校

# 新州衛生部小學流動牙科項目

## 如果您的孩子已經定期去看牙了呢？

如果您的孩子有固定的私人牙科機構，我們建議繼續去那裡看牙。在新州，所有兒童都可以在公共牙科診所免費看牙。公共牙科診所提供普通和緊急牙科服務。

## 我的孩子出現牙科急症怎麼辦？

如果出現以下症狀，您的孩子就可能需要緊急牙科護理：

- 臉部腫脹
- 口部腫脹
- 口腔持續出血
- 發生口部或牙齒受傷的事故
- 牙痛（例如牙齒、口部、牙齦或下頰疼痛）

請打電話給當地的公共牙科診所。在下班時間，請帶孩子去公立醫院看急診。

要想知道自己住在哪個地方衛生區（LHD），請掃描以下二維碼：



## 新州衛生部小學流動牙科項目相關諮詢

有關新州衛生部小學流動牙科項目的更多資訊，包括：

- 常見問題
- 治療資訊
- 我們的隱私聲明
- 個人資訊使用方式

請訪問 [www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental](http://www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental) 或掃描下面的二維碼：



## 需要口譯服務嗎？

如果您需要口譯員協助您填寫這些表格，請打以下任何一個電話號碼。

地方衛生區	電話
Central Coast LHD, Far West LHD, Hunter New England LHD, Mid North Coast LHD, Northern LHD and Western LHD	(02) 4924 6285
Illawarra Shoalhaven LHD, Murrumbidgee LHD and Southern NSW LHD	1800 247 272
South Western Sydney LHD	(02) 8738 6088
South Eastern Sydney LHD, Sydney LHD	1800 477 233
Nepean Blue Mountains LHD, Northern Sydney LHD, Western Sydney LHD	(02) 9912 3800



## 您的詳細資料——家長或法定監護人

姓：


名：


與孩子的關係：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

手機號碼：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電郵信箱：


## 醫療資訊

請在適用於您孩子的方框內打勾：

我的孩子有過敏症（如乳膠、天然樹脂）。

<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道/不確定
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---------

我的孩子有某種病症。

<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道/不確定
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---------

我的孩子需要定期服藥。

<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道/不確定
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---------

我的孩子有殘疾。

<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道/不確定
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---------

如果您對上述任何一項的的回答為“是”，請具體說明。


## 牙科資訊

您的孩子在過去牙齒是否有問題（如蛀牙）？

<input type="checkbox"/>	是
<input type="checkbox"/>	否

如果上述回答為“是”，請具體說明。


您孩子最後一次看牙科醫生是什麼時候？

<input type="checkbox"/>	在最近12個月內
<input type="checkbox"/>	超過 12個月之前
<input type="checkbox"/>	從來沒有
<input type="checkbox"/>	不知道/不確定

您孩子最後一次看牙是在：

<input type="checkbox"/>	私人牙科診所，包括醫療基金牙科診所
<input type="checkbox"/>	公共牙科診所/牙科醫院
<input type="checkbox"/>	任何其他地方
<input type="checkbox"/>	不知道/不確定
<input type="checkbox"/>	新州衛生部小學流動牙科項目

請提供最後一次給您孩子看牙的牙醫姓名和聯絡方式


您的孩子在過去6個月中做過牙齒塗氟嗎？

<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道/不確定
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---------

您的孩子在過去6個月中做過牙科 X 光檢查嗎？

<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	不知道/不確定
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---------



## 風險因素資訊問卷

為了幫助我們評估您孩子的牙齒，請在最合適的方框內打勾，並在必要時說明具體數量：

### 1. 您的孩子通常多久喝一次含糖飲料，如軟性飲料、果汁飲料、運動飲料、能量飲料或冰茶？

(1杯 = 250毫升。1罐軟性飲料 = 1.5杯。  
一瓶500毫升的運動飲料 = 2杯)

每天  
一天大約喝多少杯：

每週幾次  
一週大約幾杯：

很少或從來不喝

不知道/不確定

### 2. 您的孩子通常多久喝一次水？

(1杯 = 250 毫升，即家用茶杯一杯。  
600 毫升的瓶裝水 = 2.4 杯)

每天  
一天大約喝多少杯：

每週幾次  
一週大約幾：

很少或從來不喝

不知道/不確定

### 3. 您的孩子通常多久吃一次甜餅乾、蛋糕、糕點或零食棒？

(零食棒包括麥片棒、早餐棒和蛋白質/能量棒和能量球)

每天  
每天大概吃多少：

每週幾次  
一週的大概數量：

很少或從來不吃

不知道/不確定

### 4. 您的孩子多久用牙膏刷一次牙？

很少刷牙，或從來不刷牙

每天少於一次

每天一次

每天兩次

每天兩次以上

不知道/不確定

### 5. 您的孩子使用哪種牙膏？

標準含氟牙膏

兒童含氟牙膏

無氟牙膏

不知道/不確定

### 6. 您如何評估孩子的牙齒和口腔？

差

一般

好

很好

極好



# 新州衛生部小學流動牙科項目

## 兒童牙科福利計劃資訊單張

### 新州兒童牙科護理

在新州，所有兒童都可以免費享受公共牙科服務。

有些兒童可能也有條件享受澳大利亞政府的兒童牙科福利計劃（CDBS）的服務。無論哪種方式，他們都可以得到同樣高標準的護理，而您不需要自付費用。

### 什麼是CDBS？

CDBS 由澳大利亞政府管理，符合條件的兒童可在兩個日曆年內享受價值高達1,095 元的牙科服務。

下列情況的兒童符合條件：

- 在該日曆年的任何一天，年齡在 0 至 17 歲之間，並且
- 有條件享受國民保健（Medicare），並且
- 屬於領取 Family Tax Benefit Part A 的家庭，或者該兒童領取人力資源部這個網頁上所列的澳大利亞政府補貼：

<https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

您不需要為孩子註冊 CDBS。

### 我的孩子怎樣使用 CDBS？

您的孩子可以透過以下途徑使用 CDBS：

- 在學校開展的這個項目，
- 新州公共牙科診所或
- 私人牙科醫生。

### 財務同意書

**您不需要自付費用。**即使您不簽署財務同意書，您的孩子仍可獲得新州衛生部的免費牙科治療。財務同意書是與藍色治療同意書分開的一份表格。

如果達到1,095 元的上限，或孩子需要超出範圍的進一步治療，您也不需要自付費用。

### 關於您孩子的牙科治療金額您需要知道什麼

如果簽署財務同意書，我們可以向聯邦政府申請報銷。對於上文所述的治療，報銷金額不會超過 622.10 元。您無需支付任何治療費用。

### 首次預約

下表列出了您孩子首次就診時，根據 CDBS 可以申請報銷的預期最高治療金額：

治療描述	治療項目代碼	CDBS金額
牙科檢查	88011	\$57.65
兩次小型牙科X光檢查	88022 x 2	\$33.35 x 2
潔牙以清除牙菌斑	88111*	\$58.90
潔牙以去除牙結石	88114*	\$98.20
塗抹氟化物保護層	88121	\$37.85
窩溝封閉，最多8顆	88161 x 4	\$50.45 x 4
恒磨牙的牙槽	88162 x 4	\$25.25 x 4
<b>總費用</b>		<b>\$622.10</b>

\*請注意，在每次預約中這兩個項目只能報銷其中一個。

### 復診（如果需要）

下表列出了您孩子復診時，根據 CDBS 可以申請報銷的預期最高治療金額：

治療描述	治療項目代碼	CDBS金額
牙科檢查	88013	\$30.10
塗抹氟化物保護層	88121	\$37.85
<b>總費用</b>		<b>\$67.95</b>

如果需要進一步治療，公共牙科服務機構將與您聯絡，討論相關事宜以及所需治療的 CDBS 金額。

**居住在新州的所有兒童都可以免費接受公共牙科服務。**

### 如果需要了解更多資料：

請訪問 [www.health.nsw.gov.au/cdbs](http://www.health.nsw.gov.au/cdbs)

或訪問澳大利亞政府人力資源部的下列網站：

[www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule](http://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule)

如果要查詢孩子是否符合條件以及 CDBS 金額，可以通過您的 Medicare 線上帳戶 [my.gov.au](http://my.gov.au) 或打電話 132 011。



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE  FEMALE

D.O.B. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

M.O.

Facility:

ADDRESS

**CHILD DENTAL BENEFITS  
SCHEDULE BULK BILLING  
PATIENT CONSENT**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

**兒童牙科福利計劃全額報銷  
患者同意書**

我，患者/法定監護人，證明我已被告知：

- 根據兒童牙科福利計劃已經提供或即將從即日起提供的治療；
- 治療的可能費用；以及
- 根據兒童牙科福利計劃，如果在福利限額範圍內有足夠可報銷金額，我應該的服務費用就可以全額報銷，不必自掏腰包。

**我知道，我/患者只能使用不超過福利限額的牙科福利。**

**我知道，某些服務的福利可能有所限制，兒童牙科福利計劃包含的服務範圍是有限的。**

**我知道，報銷服務的費用會使可報銷的福利限額減少。**

/

患者的 Medicare 號碼  
Patient's Medicare number

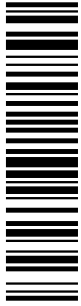
患者/法定監護人簽名  
Patient / legal guardian signature

患者全名  
Patient's full name

簽名人全名 (如果不是患者本人)  
Full name of person signing (if not the patient)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
日期  
Date

除非您撤銷同意，否則本表在您的孩子接受符合條件的首次牙科服務的第一個完整日曆年 (1月至12月) 內有效。



SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019  
BINDING MARGIN - NO WRITING

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE  
BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015

100821