

## Програма на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта

NSW Health со задоволство му нуди на вашето дете бесплатен преглед на забите во училиште.

Во овој пакет се вклучени информации за Програма на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта (NSW Health Primary School Mobile Dental Program) и

- формулар за согласност за лекување
- формулар за согласност за финансиска поддршка

### Дали се плаќа?

**Не, ова е бесплатна услуга која ја нуди Владата на Нов Јужен Велс.**

Вашето дете, исто така, може да ги исполнува условите за користење на услуги преку Програмата за стоматолошки бенефиции за деца (Child Dental Benefits Schedule - CDBS) на Австралиската влада, која е слична на Medicare. Австралиската влада ни дозволува да поднесуваме барање за надомест на трошоци во ваше име за оваа стоматолошка нега ако го потпишете CDBS-формуларот за согласност. Ако вашето дете не ги исполнува условите, NSW Health ќе му овозможи бесплатна нега.

Иако не е задолжително, ве поттикнуваме да го потпишете CDBS-формуларот за согласност за финансиска поддршка бидејќи тоа ќе ни помогне да нудиме стоматолошка нега во Нов Јужен Велс.

### Информации за лекување

#### Што е вклучено?

Ако дадете согласност, вашето дете може да користи:

Третман	Опис
Контролен преглед на забите	Сеопфатен преглед што вклучува: проценка на факторите на ризик, подучување за оралното здравје, проценка на растот (мерење на висината и тежината и пресметување на индексот на телесна маса (BMI)). Стандардна практика во јавните стоматолошки клиници на NSW Health е на сите деца да им се направи проценка на растот за време на нивниот контролен преглед како дел од добрата клиничка нега.
Рендгенска снимка на забите (доколку е потребно)	2 мали рендгенски снимки на забите (доколку е потребно) за да се види внатрешноста на забите и под непцата за да се провери дали растат трајните заби.
Клинички снимки (доколку е потребно)	Клинички фотографии внатре во устата (доколку е потребно) на забите, непцата, јазикот, образите и усните.
Чистење на забите (доколку е потребно)	Чистење на забите за отстранување на наслаги и/или забен камен.
Залевање на фисури (вдлабнувања) (доколку е потребно)	Залевање на вдлабнувањата на трајни моларни заби за да се спречи кариес.
Нанесување на флуоридни препарати (доколку е потребно)	Нанесување на леплива флуоридна паста на забите за да се спречи кариес.

Препорачливо е да ја посетите веб-страницата за да прочитате повеќе за третманите што може да ги добие вашето дете. Или контактирајте со вашата локална здравствена област (Local Health District) за деталите на следната страница.

### Што треба да направите:

- 1. Прочитајте** ги сите информации во овој пакет
- 2. Пополнете** го формуларот за согласност на англиски јазик
- 3. Потпишете** го формуларот за согласност за лекување
- 4. Пополнете** го прашалникот за информации во врска со факторите на ризик (ова ни помага да обезбедиме персонализирана нега за вашето дете)
- 5. Прочитајте** the го информативниот лист за Програмата за стоматолошки бенефиции за деца
- 6. Потпишете** го формуларот за согласност за директно наплаќање од Medicare (bulk billing) за услуги добиени преку Програмата за стоматолошки бенефиции за деца (не е задолжително)
- 7. Вратете ги формуларите за согласност во училиштето на вашето дете** колку што е можно поскоро

# Програма на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта

## Што ако моето дете веќе прима редовна стоматолошка нега?

Ако вашето дете прима редовна стоматолошка нега во приватна ординација, се препорачува да продолжи со нив. Во Нов Јужен Велс, сите деца можат да добиваат бесплатна стоматолошка нега во јавните стоматолошки клиници. Јавните стоматолошки клиници нудат општи и итни стоматолошки услуги.

## Што ако моето дете сега има итен проблем со забите?

Знаците дека на вашето дете му е потребна итна стоматолошка нега вклучуваат:

- оток на лицето
- оток во устата
- постојано крвање во устата
- незгода што вклучува повреда на устата или забите
- денгална болка (на пример, во забите, устата, непцата или вилицата)

Јавете се во локалната јавна стоматолошка клиника. По работното време однесете го вашето дете во одделот за итни случаи во јавна болница.

За да дознаете во која локална здравствена област (LHD) живеете, скенирајте го QR-кодот подолу:



## Прашања за Програмата на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта

За повеќе информации во врска со Програмата на NSW Health за стоматолошки услуги во основните училишта вклучувајќи:

- Често поставувани прашања
- Информации за третмани
- Нашата изјава за приватност
- Како се користат вашите податоци

Посетете ја веб-страницата [www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental](http://www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental) или скенирајте го QR-кодот подолу:



## Дали ви е потребен преведувач?

Ако ви треба преведувач за да ги пополните овие формулари, ве молиме јавете се на еден од подолу наведените броеви:

Локална здравствена област	Телефон
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

# Програма на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта



## Формулар за согласност за третман

Ве молиме, пополнете ги сите страници.

Пополнете со ГОЛЕМИ букви на англиски јазик со црно или сино пенкало. Ве молиме вратете го пополнетиот формулар во училиштето на вашето дете. Ако имате какви било прашања во врска со пополнувањето на овој формулар, ве молиме контактирајте ја вашата локална јавна стоматолошка служба.

### Податоци за ученикот

Презиме: (како што е прикажано на неговата/нејзината Medicare картичка)

Име/имиња:

Пол:

Датум на раѓање:

Земја на раѓање:

Име на училиштето:

Одделение:

Домашна адреса: (на пример, 5 Smith Lane)

Населба:

Поштенски број:

Број на Medicare картичката (10 цифри):

Број на детето на картичката:

Рок на важење на Medicare:

**Ве молиме, штиклирајте ги полињата кои се однесуваат на вашето дете:**

Детето нема Medicare број:

Јазици што се зборуваат дома:

Англиски  Друг(и) (НАВЕДЕТЕ)

Претпочитан јазик (НАВЕДЕТЕ):

Дали е потребен преведувач?

Да  Не

Аборицинско потекло:

Ниту Аборицин ниту Островјанин од Теснецот Торес

Аборицин

Островјанин од Теснецот Торес

Аборицин и Островјанин од Теснецот Торес

Потребен е одобрен аборицински претставник:

Да  Не

## Ваши податоци – Родител или законски старател

Презиме:


Име/имиња:


Врска со детето:


Број на мобилен телефон:


Имејл адреса:


## Медицински податоци

**Ве молиме, штиклирајте ги полињата кои се однесуваат на вашето дете:**

Моето дете има алергија (на пример, на латекс, природна смола).

Да  Не  Не знам/не сум сигурен/сигурна

Моето дете има медицинска состојба.

Да  Не  Не знам/не сум сигурен/сигурна

Моето дете треба редовно да прима лек.

Да  Не  Не знам/не сум сигурен/сигурна

Моето дете има попреченост.

Да  Не  Не знам/не сум сигурен/сигурна

Ако одговоривте „да“ на било кое од горенаведените, ве молиме опишете.


## Податоци за забите

Дали вашето дете имало проблеми со забите во минатото (на пример, кариес)?

Да  
 Не

Ако одговоривте „да“ погоре, ве молиме опишете.


Кога последен пат вашето дете беше на стоматолог?

Пред помалку од 12 месеци  
 Пред повеќе од 12 месеци  
 Никогаш  
 Не знам/не сум сигурен/сигурна

Дали последниот стоматолошки преглед на вашето дете беше во:

Приватна стоматолошка ординација, вклучувајќи стоматолошка клиника од здравствен фонд  
 Јавна стоматолошка клиника/стоматолошка болница  
 Кое било друго место  
 Не знам/не сум сигурен/сигурна

Програма на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта

Ве молиме, доставете го името и податоците за контакт на последниот стоматолог на вашето дете


Дали на вашето дете му беше ставен флуориден препарат во изминатите 6 месеци?

Да  Не  Не знам/не сум сигурен/сигурна

Дали на вашето дете му беше направена рендгенска снимка на забите во изминатите 6 месеци?

Да  Не  Не знам/не сум сигурен/сигурна

## Согласност за третман

- Ги прочитав и разбрав информациите што ги добив за Програмата на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта.
- Разбирам дека можам да ја повлечам мојата согласност во секое време. За да го направите тоа, видете ги Често поставуваните прашања (FAQs) на веб-страницата: [www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental](http://www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental)
- Имам можност да поставувам прашања и да барам појаснување за добиените информации така што се јавив на контактните броеви на јавната стоматолошка служба кои се приложени во овој информативен пакет или ја посетив веб-страницата: [www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental](http://www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental)
- Разбирам дека претставник на локалната здравствена област може да ме контактира за да ги разјасни сите информации дадени во овој формулар и/или да разговара за оралното здравје на моето дете.
- Имам можност да ја прочитам Изјавата за приватност (Privacy Statement) на веб-страницата на NSW Health на: [www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx](http://www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx). Разбирам дека моите лични податоци и/или личните податоци на моето дете (вклучувајќи и здравствени податоци) може да бидат дадени на други во одредени околности како што е наведено во оваа изјава.
- Според моите сознанија, изјавувам дека дадов точни податоци за моето дете, вклучувајќи ги сите медицински состојби кои можат да влијаат на лекувањето на забите.

Ве молиме пополнете го следново и потпишете се во полето до секој од третманите што би сакале вашето дете да ги прими. Доколку не се потпишете во полето до контролниот преглед на забите, не може да се закаже термин.

Јас (име и презиме)																									
на (денешен датум),		/		/	2	0	се потпишувам подолу за да дадам согласност моето дете																		
(име и презиме)																									
(датум на раѓање),		/		/	да го прими следниот третман, кога тоа е клинички потребно:																				

Третман	Опис	Потпис на родител/законски старател
<b>Контролен преглед на забите</b>	Сеопфатен преглед што вклучува проценка на факторите на ризик, проценка на растот и подучување за оралното здравје. Без дадена согласност за контролен преглед на забите, не може да се даде ниту еден друг третман.	X
<b>Рендгенска снимка на забите (доколку е потребно)</b>	Во просек, две мали рендгенски снимки на забите.	X
<b>Клинички снимки (доколку е потребно)</b>	Клинички фотографии внатре во устата на забите, непцата, јазикот, образите и/или усните.	X
<b>Чистење на забите (доколку е потребно)</b>	Чистење на забите за отстранување на наслаги и/или забен камен.	X
<b>Залевање на фисури (вдлабнувања) (доколку е потребно)</b>	Залевање на вдлабнувањата на трајни моларни заби за да се спречи кариес.	X
<b>Нанесување на флуоридни препарати (доколку е потребно)</b>	Нанесување на леплива флуоридна паста на забите за да се спречи кариес.	X

Дали сакате да присуствувате на закажаниот преглед на вашето дете?  Да  Не

## Прашалник за информации за фактори на ризик

За да ни помогнете да направиме проценка на забите на вашето дете, ве молиме штиклирајте го најсоодветното поле и наведете количини каде што е потребно:

**1. Колку често вашето дете обично пие засладени напитки како што се газирани напитки, напитки од сок за растворање, спортски напитки, енергетски напитки или ледени чаеви?**

(1 шолја = 250 мл, 1 лименка безалкохолан напиток = 1,5 шолји. Шише со спортски напиток од 500 мл = 2 шолји)

Секој ден  
Приближен број на шолји дневно:

Неколку пати неделно  
Приближен број на шолји неделно:

Ретко или никогаш

Не знам/не сум сигурен (сигурна)

**2. Колку често вашето дете обично пие вода?**

(1 шолја = 250 мл или домашна шолја за чај. Шише со вода од 600 мл = 2,4 шолји)

Секој ден  
Приближен број на шолји дневно:

Неколку пати неделно  
Приближен број на шолји неделно:

Ретко или никогаш

Не знам/не сум сигурен (сигурна)

**3. Колку често вашето дете обично јаде слатки бисквити, торта, слатки или плочки за ужинка (snack bars)?**

(Плочките за ужинка вклучуваат мусли плочки, плочки за појадок и протеински/енергетски плочки и бомбици)

Секој ден  
Приближен број дневно:

Неколку пати неделно  
Приближен број неделно:

Ретко или никогаш

Не знам/не сум сигурен (сигурна)

**4. Колку често вашето дете ги мие забите со паста за заби?**

Ретко или никогаш

Помалку од еднаш дневно

Еднаш дневно

Двапати дневно

Повеќе од двапати дневно

Не знам/не сум сигурен (сигурна)

**5. Каков вид на паста за заби користи вашето дете?**

Стандардна паста за заби со флуор

Детска паста за заби со флуор

Паста за заби без флуор

Не знам/не сум сигурен (сигурна)

**6. Како ја оценувате состојбата на забите и устата на вашето дете?**

Лоша

Просечна

Добра

Многу добра

Одлична

# Програма на NSW Health за мобилни стоматолошки услуги во основните училишта

## Информативен лист за Програмата за стоматолошки бенефиции за деца

### Стоматолошка заштита за деца во Нов Јужен Велс

Сите деца во Нов Јужен Велс можат да добиваат бесплатни услуги во јавните стоматолошки клиници.

Некои деца, исто така, може да ги исполнуваат условите за Програмата за стоматолошки бенефиции за деца на Австралиската влада (CDBS) и во секој случај тие ќе го добиваат истиот висок стандард на нега без тоа да ве чини нешто.

### Што е CDBS?

CDBS ја спроведува Австралиската влада и им овозможува на деца кои ги исполнуваат условите пристап до стоматолошки услуги во вредност до 1.095 долари во текот на 2 календарски години.

Децата исполнуваат услови ако:

- Се на возраст од 0 до 17 години во кој било ден од календарската година
- Имаат право да користат Medicare и
- Се членови на семејство кое прима Family Tax Benefit Part A или ако детето прима исплата од Австралиската влада од списокот на исплати кој е достапен преку Министерството за социјални служби (Department of Human Services) достапен на <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

Вие не мора да го пријавите вашето дете за CDBS.

### Како моето дете може да ја користи бенефицијата од CDBS?

Вашето дете може да ја користи неговата бенефиција од CDBS во:

- програмата во ова училиште
- јавна стоматолошка клиника во Нов Јужен Велс или
- приватна стоматолошка клиника.

### Согласност за финансиска поддршка

Вие нема да имате никакви трошоци. Дури и ако не го потпишете формуларот за согласност за финансиска поддршка, вашето дете сепак ќе добива бесплатен стоматолошки третман од NSW Health.

Формуларот за согласност за финансиска поддршка е одделен формулар од синиот формулар за согласност за лекување.

Ако се достигне ограничувањето од 1.095 долари или на вашето дете му треба дополнителен третман кој не е покриен со бенефицијата, нема да ви се наплаќа ништо.

### Што треба да знаете за вредноста на стоматолошката нега на вашето дете.

Ако дадете согласност за финансиска поддршка, тогаш ќе можеме да поднесеме барање за исплата до Владата на Комонвелтот. Оваа сума нема да надмине 622,10 долари за кој било од веќе споменатите третмани. Нема да платите за никаков третман.

### Прв преглед

Очекуваната максимална вредност на третман што може да се бара според CDBS за првиот преглед на вашето дете е прикажана во табелата подолу:

Опис на третмани	Шифра на третман	Вредност според CDBS
Контролен преглед на забите	88011	\$57,65
Две мали рендгенски снимки на забите	88022 x 2	\$33,35 x 2
Чистење на забите за отстранување на наслагите	88111*	\$58,90
Чистење на забите за отстранување на забен камен	88114*	\$98,20
Нанесување на флуоридни препарати	88121	\$37,85
Залевање на фисури (вдлабнувања) на најмногу 8 трајни моларни заби	88161 x 4 88162 x 4	\$50,45 x 4 \$25,25 x 4
<b>Вкупна цена</b>		<b>\$622,10</b>

\*Ве молиме имајте предвид дека може да се бара исплата само за еден од овие два третмани при една посета.

### Повторен преглед (доколку е потребен)

Очекуваната максимална вредност на третман што може да се бара според CDBS за повторниот преглед на вашето дете е прикажана во табелата подолу:

Опис на третмани	Шифра на третман	Вредност според CDBS
Контролен преглед на забите	88013	\$30,10
Нанесување на флуоридни препарати	88121	\$37,85
<b>Вкупна цена</b>		<b>\$67,95</b>

Доколку е потребен дополнителен третман, јавната стоматолошка служба ќе ве контактира за да разговара за ова и за вредноста на сите потребни третмани според CDBS.

**Сите деца кои живеат во Нов Јужен Велс можат да добиваат бесплатни услуги во јавни стоматолошки установи.**

### За повеќе информации:

Посетете [www.health.nsw.gov.au/cdbcs](http://www.health.nsw.gov.au/cdbcs) или посетете ја веб-страницата на Department of Human Services на Австралиската влада на <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>.

Можете да проверите дали вашето дете ги исполнува условите и билансот на CDBS преку вашата Medicare онлајн сметка на [my.gov.au](http://my.gov.au) или ако се јавите на 132 011.



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE  FEMALE

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

M.O.

ADDRESS

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

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

**СОГЛАСНОСТ ОД ПАЦИЕНТ ЗА ДИРЕКТНО НАПЛАЌАЊЕ НА УСЛУГИ  
ОД MEDICARE ВО РАМКИТЕ НА ПРОГРАМАТА ЗА СТОМАТОЛОШКИ  
БЕНЕФИЦИИ ЗА ДЕЦА**

Јас, пациентот / законскиот старател, потврдувам дека бев информиран(а):

- за третманот што бил или ќе биде обезбеден од овој датум во рамките на Програмата за стоматолошки бенефиции за деца;
- за веројатната цена на овој третман; и
- дека ќе ми се наплаќа директно од Medicare за услуги според Програмата за стоматолошки бенефиции за деца, под услов да има доволно расположливи средства во рамките на ограничувањето на бенефициите, и дека нема да плаќам од свој џеб трошоци за тие услуги.

**Разбирам дека јас/пациентот ќе имам пристап до стоматолошки бенефиции само во рамките на ограничувањето на бенефициите.**

**Разбирам дека бенефициите за некои услуги може да имаат ограничувања и дека Програмата за стоматолошки бенефиции за деца покрива ограничен опсег на услуги.**

**Разбирам дека трошоците за услуги ќе го намалат достапниот максимален износ на бенефиции.**

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ / □

Број на Medicare на пациентот  
Patient's Medicare number

Потпис на пациентот / законскиот старател  
Patient / legal guardian signature

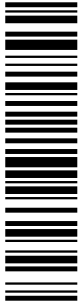
Име и презиме на пациентот  
Patient's full name

Име и презиме на лицето кое се потпишува  
(ако не е пациентот)  
Full name of person signing (if not patient)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Датум  
Date

Овој формулар важи за првата цела календарска година (од јануари до декември) во која вашето дете ја добива првата стоматолошка услуга на која има право, освен ако не ја повлечете согласноста.



SMR020015

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

100821