



Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε Δημοτικά Σχολεία της NSW Health

Η NSW Health (Υπουργείο Υγείας NNO) είναι στην ευχάριστη θέση να προσφέρει στο παιδί σας δωρεάν οδοντιατρικό έλεγχο στο σχολείο.

Αυτό το πακέτο περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε Δημοτικά Σχολεία της NSW Health και το

- έντυπο συγκατάθεσης για θεραπεία
- έντυπο οικονομικής συγκατάθεσης

Υπάρχει κόστος;

Όχι, αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία που παρέχεται από την Κυβέρνηση της NNO.

Το παιδί σας μπορεί να δικαιούται επίσης το Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά (Child Dental Benefits Schedule -CDBS) της Αυστραλιανής Κυβέρνησης, το οποίο λειτουργεί σαν την Medicare. Η Αυστραλιανή Κυβέρνηση μας επιτρέπει να υποβάλουμε αίτηση εκ μέρους σας για αυτήν την οδοντιατρική περίθαλψη εάν υπογράψετε το έντυπο συγκατάθεσης CDBS. Εάν το παιδί σας δεν δικαιούται αυτό το πρόγραμμα, θα του προσφέρει δωρεάν φροντίδα η NSW Health.

Σας ενθαρρύνουμε να υπογράψετε το έντυπο οικονομικής συγκατάθεσης CDBS, καθώς αυτό θα μας βοηθήσει στην παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης στη NNO, αλλά δεν είναι υποχρεωτικό.

Πληροφορίες Θεραπείας

Τι περιλαμβάνεται;

Εάν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, το παιδί σας μπορεί να λάβει:

Θεραπεία	Περιγραφή
Οδοντιατρικό έλεγχο	Περιεκτική εξέταση που περιλαμβάνει: αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου, εκπαίδευση στοματικής υγείας, αξιολόγηση ανάπτυξης (μέτρηση ύψους και βάρους και υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (BMI)). Είναι συνήθης πρακτική στις δημόσιες οδοντιατρικές κλινικές της NSW Health να υποβάλλονται όλα τα παιδιά σε αξιολόγηση της ανάπτυξής τους κατά τη διάρκεια του οδοντιατρικού τους ελέγχου στο πλαίσιο της καλής κλινικής φροντίδας.
Οδοντιατρικές ακτινογραφίες (εάν απαιτείται)	2 μικρές οδοντιατρικές ακτινογραφίες (αν χρειαστεί) ώστε να εξετάσουμε το εσωτερικό των δοντιών και κάτω από τα ούλα και να ελέγξουμε αν μεγαλώνουν τα ενήλικα (μόνιμα) δόντια.
Κλινικές εικόνες (εάν απαιτείται)	Κλινικές φωτογραφίες δοντιών, ούλων, γλώσσας, μάγουλων και χειλιών στο εσωτερικό του στόματος (αν χρειάζεται).
Οδοντιατρικό καθαρισμό (εάν απαιτείται)	Καθαρισμός των δοντιών για την αφαίρεση πλάκας ή/και τρυγίας (πέτρας).
Σφραγιστικά ρωγμών (εάν απαιτείται)	Σφράγιση των αυλακώσεων των μόνιμων γομφίων (τραπεζιτών) για την πρόληψη της τερηδόνας.
Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού (εάν απαιτείται)	Εφαρμογή κολλώδους βερνικιού φθορίου στα δόντια για την πρόληψη της τερηδόνας.

Συνιστάται να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα για να διαβάσετε περισσότερα σχετικά με τις θεραπείες που μπορεί να λάβει το παιδί σας. Ή επικοινωνήστε με την Τοπική σας Υγειονομική Περιφέρεια – λεπτομέρειες επικοινωνίας στην επόμενη σελίδα.

Τι πρέπει να κάνετε:

- 1. Διαβάστε** όλες τις πληροφορίες σε αυτό το πακέτο
- 2. Συμπληρώστε** το έντυπο συγκατάθεσης στα αγγλικά
- 3. Υπογράψτε** το έντυπο συγκατάθεσης για θεραπεία
- 4. Συμπληρώστε** το ερωτηματολόγιο πληροφοριών για παράγοντες κινδύνου (αυτό μας βοηθά να παρέχουμε εξατομικευμένη φροντίδα στο παιδί σας)
- 5. Διαβάστε** το ενημερωτικό φυλλάδιο του Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά
- 6. Υπογράψτε** το έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς για μαζική χρέωση μέσω του Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά (προαιρετικό)
- 7. Επιστρέψτε τα έντυπα συγκατάθεσης στο σχολείο του παιδιού σας** το συντομότερο δυνατό

Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε Δημοτικά Σχολεία της NSW Health

Τι γίνεται αν το παιδί μου λαμβάνει ήδη τακτικά οδοντιατρική φροντίδα;

Εάν το παιδί σας λαμβάνει τακτικά οδοντιατρική φροντίδα από μια ιδιωτική υπηρεσία, συνιστάται να συνεχίσετε τη φροντίδα μαζί τους. Στη ΝΝΟ όλα τα παιδιά μπορούν να λάβουν δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη σε δημόσιες οδοντιατρικές κλινικές. Οι δημόσιες οδοντιατρικές κλινικές παρέχουν τόσο γενικές όσο και επείγουσες οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Τι γίνεται αν το παιδί μου έχει ένα επείγον οδοντιατρικό πρόβλημα τώρα;

Οι ενδείξεις ότι το παιδί σας μπορεί να χρειάζεται επείγουσα οδοντιατρική φροντίδα περιλαμβάνουν:

- πρήξιμο του προσώπου
- πρήξιμο στο στόμα
- επίμονη αιμορραγία στο στόμα
- ατύχημα που προκάλεσε βλάβη στο στόμα ή στα δόντια
- οδοντικό πόνο (π.χ. στα δόντια, το στόμα, τα ούλα ή το σαγόι)

Καλέστε την τοπική σας δημόσια οδοντιατρική κλινική. Εκτός ωρών λειτουργίας, πηγαίνετε το παιδί σας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου.

Για να μάθετε σε ποια Τοπική Υγειονομική Περιφέρεια (LHD) ζείτε, σαρώστε τον παρακάτω κωδικό QR:



Ερωτήσεις σχετικά με το Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε Δημοτικά Σχολεία της NSW Health

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε Δημοτικά Σχολεία της NSW Health, που περιλαμβάνουν:

- Συχνές Ερωτήσεις
- Πληροφορίες Θεραπείας
- Τη Δήλωση Απορρήτου μας
- Πώς χρησιμοποιούνται οι πληροφορίες σας

Επισκεφθείτε το www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental ή σαρώστε τον παρακάτω κωδικό QR



Χρειάζεστε διερμηνέα;

Εάν χρειάζεστε διερμηνέα για να συμπληρώσετε αυτά τα έντυπα, καλέστε έναν από τους παρακάτω αριθμούς:

Τοπική Υγειονομική Περιφέρεια	Τηλέφωνο
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

Έντυπο συγκατάθεσης για θεραπεία

Συμπληρώστε όλες τις σελίδες.

Συμπληρώστε τα κενά με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα στα Αγγλικά χρησιμοποιώντας μαύρο ή μπλε στυλό. Επιστρέψτε το συμπληρωμένο έντυπο στο σχολείο του παιδιού σας. Εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με τη συμπλήρωση αυτού του εντύπου, επικοινωνήστε με την τοπική σας δημόσια οδοντιατρική υπηρεσία.

Στοιχεία μαθητή

Επώνυμο: (όπως εμφανίζεται στην κάρτα της Medicare)

Όνομα/Όνόματα:

Φύλο:

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

Ημερομηνία γέννησης:

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

Χώρα γέννησης:

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

Όνομα Σχολείου:

Σχολικό Έτος:

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

Διεύθυνση κατοικίας: (π.χ. 5 Smith Lane)

Προάστιο:

Ταχυδρομικός κώδικας:

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

Αριθμός Κάρτας Medicare (10 ψηφία):

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

Αριθμός παιδιού στην κάρτα:

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

Ημερομηνία λήξης Medicare:

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

Σημειώστε τα τετραγωνίδια που ισχύουν για το παιδί σας:

Το παιδί δεν έχει Αριθμό Medicare:

Γλώσσα(-ες) που ομιλούνται στο σπίτι:

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

Αγγλικά Άλλη (ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ)

Προτιμώμενη γλώσσα (ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ):

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

Χρειάζεται διερμηνέας;

Ναι Όχι

Καθεστώς αυτοχθόνων:

- Ούτε Αβορίγινας ούτε Νησιώτης των Στενών Τόρες
- Αβορίγινας
- Νησιώτης των Στενών Τόρες
- Και Αβορίγινας και Νησιώτης των Στενών Τόρες

Απαιτείται εγκεκριμένος εκπρόσωπος Αβοριγίνων:

Ναι Όχι

Χρησιμοποιήστε αυτή τη μετάφραση μόνο για να μεταφραστείτε το έντυπο συγκατάθεσης στα αγγλικά

Τα στοιχεία σας – Γονέας ή Νόμιμος Κηδεμόνας

Επώνυμο:

Όνομα/Ονόματα:

Σχέση με το παιδί:

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

Αριθμός κινητού τηλεφώνου:

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

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:

ΙΑτρικές πληροφορίες

Σημειώστε τα τετραγωνίδια που ισχύουν για το παιδί σας:

Το παιδί μου έχει αλλεργία (π.χ. λάτεξ, φυσική ρητίνη).

<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------------------

Το παιδί μου έχει μια ιατρική πάθηση.

<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------------------

Το παιδί μου χρειάζεται τακτική φαρμακευτική αγωγή.

<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------------------

Το παιδί μου έχει μια αναπηρία.

<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------------------

Εάν απαντήσατε ναι σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω, περιγράψτε.

Οδοντιατρικές πληροφορίες

Το παιδί σας είχε οποιαδήποτε προβλήματα με τα δόντια του (π.χ. τερηδόνα) στο παρελθόν;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

Εάν απαντήσατε ναι παραπάνω, περιγράψτε.

Πότε επισκέφτηκε οδοντίατρο τελευταία φορά το παιδί σας;

<input type="checkbox"/>	Λιγότερο από 12 μήνες πριν
<input type="checkbox"/>	Περισσότερο από 12 μήνες πριν
<input type="checkbox"/>	Ποτέ
<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η

Η τελευταία οδοντιατρική επίσκεψη του παιδιού σας έγινε σε:

<input type="checkbox"/>	Ιδιωτικό οδοντιατρείο που περιλάμβανε οδοντιατρική κλινική ταμείου ασφάλισης υγείας
<input type="checkbox"/>	Δημόσια οδοντιατρική κλινική/οδοντιατρικό νοσοκομείο
<input type="checkbox"/>	Οποιοδήποτε άλλο μέρος
<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η
<input type="checkbox"/>	Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε Δημοτικά Σχολεία της NSW Health
<input type="checkbox"/>	Γράψτε το όνομα και τα στοιχεία επικοινωνίας του τελευταίου οδοντιάτρου του παιδιού σας

Έχει κάνει το παιδί σας φθορίωση τους τελευταίους 6 μήνες;

<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------------------

Έχει κάνει το παιδί σας οδοντιατρικές ακτινογραφίες τους τελευταίους 6 μήνες;

<input type="checkbox"/>	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------------------

Συγκατάθεση για θεραπεία

- Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις πληροφορίες που παρέχονται σχετικά με το Πρόγραμμα Κινητών Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε Δημοτικά Σχολεία της NSW Health.
- Κατανοώ ότι μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή. Για να το κάνετε αυτό, δείτε τις Συχνές ερωτήσεις στον ιστότοπο: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- Είχα την ευκαιρία να υποβάλω ερωτήσεις και να ζητήσω διευκρινίσεις σχετικά με τις πληροφορίες που μου παρασχέθηκαν καλώντας τους αριθμούς επικοινωνίας της δημόσιας οδοντιατρικής υπηρεσίας που εσωκλείονται σε αυτό το πακέτο πληροφοριών ή με επίσκεψη στον ιστότοπο: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- Κατανοώ ότι ένας εκπρόσωπος της Τοπικής Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου για να διευκρινίσει οποιαδήποτε από τις πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο ή/και να συζητήσει τη στοματική υγεία του παιδιού μου.
- Είχα την ευκαιρία να δω τη Δήλωση Απορρήτου στον ιστότοπο της NSW Health στο: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx. Κατανοώ ότι τα προσωπικά μου στοιχεία ή/και τα προσωπικά στοιχεία του παιδιού μου (συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών υγείας) ενδέχεται να αποκαλυφθούν σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως ορίζεται στην εν λόγω Δήλωση.
- Δηλώνω ότι εξ όσων γνωρίζω έχω παράσχει ακριβείς πληροφορίες για το παιδί μου, συμπεριλαμβανομένων τυχόν ιατρικών παθήσεων που μπορεί να επηρεάσουν την οδοντιατρική θεραπεία.

Συμπληρώστε τα παρακάτω και υπογράψτε στο πλαίσιο δίπλα σε κάθε μία από τις θεραπείες στις οποίες θα θέλατε να υποβληθεί το παιδί σας. Εάν δεν υπογράψετε το τμήμα που αναφέρεται στον οδοντιατρικό έλεγχο, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ραντεβού.

Εγώ ο/η (ονοματεπώνυμο)																				
στις (σημερινή ημερομηνία)	/		/		2	0	υπογράφω παρακάτω για να δώσω συγκατάθεση για το παιδί μου													
(ονοματεπώνυμο)																				
(ημερομηνία γέννησης)	/		/		προκειμένου να υποβληθεί στα ακόλουθα, ανάλογα με τις κλινικές του ανάγκες:															

Θεραπεία	Περιγραφή	Υπογραφή Γονέα/Νόμιμου Κηδεμόνα
Οδοντιατρικό έλεγχο	Περιεκτική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης παραγόντων κινδύνου, της αξιολόγησης ανάπτυξης και της εκπαίδευσης για τη στοματική υγεία. Χωρίς συγκατάθεση για οδοντιατρικό έλεγχο, δεν μπορεί να παρασχεθεί άλλη θεραπεία.	X
Οδοντιατρικές ακτινογραφίες (εάν απαιτείται)	Κατά μέσο όρο, δύο μικρές οδοντιατρικές ακτινογραφίες	X
Κλινικές εικόνες (εάν χρειάζεται)	Κλινικές φωτογραφίες δοντιών, ούλων, γλώσσας, μάγουλων ή/και χειλιών στο εσωτερικό του στόματος.	X
Οδοντιατρικό καθαρισμό (εάν απαιτείται)	Καθαρισμός των δοντιών για την αφαίρεση πλάκας ή/και τρυγίας (πέτρας)	X
Σφραγιστικά ρωγμών (εάν απαιτείται)	Σφράγιση των αυλακώσεων των μόνιμων γομφίων (τραπεζιτών) για την πρόληψη της τερηδόνας	X
Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού (εάν απαιτείται)	Εφαρμογή κολλώδους βερνικιού φθορίου στα δόντια για μείωση του κινδύνου τερηδόνας	X

Θέλετε να παρευρεθείτε στο ραντεβού του παιδιού σας; Ναι Όχι

Ερωτηματολόγιο για πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου

Για να μας βοηθήσετε να αξιολογήσουμε τα δόντια του παιδιού σας, επιλέξτε το καταλληλότερο τετραγωνίδιο και προσδιορίστε τις ποσότητες, όπου ζητείται:

1. Πόσο συχνά πίνει συνήθως το παιδί σας ζαχαρούχα ποτά όπως αναψυκτικά, ποτά με σιρόπι φρούτων (κόρντιαλ), αθλητικά ποτά, ενεργειακά ποτά ή παγωμένα τσάγια;

(1 φλιτζάνι = 250ml. 1 κουτί αναψυκτικού = 1,5 φλιτζάνια. 1 μπουκάλι αθλητικού ποτού των 500ml = 2 φλιτζάνια)

Κάθε μέρα

Αριθμός φλιτζανιών ανά ημέρα κατά προσέγγιση:

Λίγες φορές την εβδομάδα

Αριθμός φλιτζανιών σε μια εβδομάδα κατά προσέγγιση:

Σπάνια ή ποτέ

Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η

2. Πόσο συχνά πίνει συνήθως νερό το παιδί σας;

(1 φλιτζάνι = 250ml ή ένα φλιτζάνι τσαγιού οικιακής χρήσης. 1 μπουκάλι νερό των 600ml = 2,4 φλιτζάνια)

Κάθε μέρα

Αριθμός φλιτζανιών ανά ημέρα κατά προσέγγιση:

Λίγες φορές την εβδομάδα

Αριθμός φλιτζανιών σε μια εβδομάδα κατά προσέγγιση:

Σπάνια ή ποτέ

Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η

3. Πόσο συχνά τρώει συνήθως το παιδί σας γλυκά μπισκότα, κέικ, γλυκά αρτοσκευάσματα ή σνακ μπαρ; (Τα σνακ μπαρ περιλαμβάνουν μπάρες μούσλι, μπάρες δημητριακών καθώς και μπάρες και μπάλες πρωτεΐνης/ενέργειας)

Κάθε μέρα

Αριθμός ανά ημέρα κατά προσέγγιση:

Λίγες φορές την εβδομάδα

Αριθμός σε μια εβδομάδα κατά προσέγγιση:

Σπάνια ή ποτέ

Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η

4. Πόσο συχνά βουρτσίζει το παιδί σας τα δόντια του με οδοντόκρεμα;

Σπάνια ή ποτέ

Λιγότερο από μία φορά την ημέρα

Μία φορά την ημέρα

Δύο φορές την ημέρα

Περισσότερες από δύο φορές την ημέρα

Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η

5. Τι είδους οδοντόκρεμα χρησιμοποιεί το παιδί σας;

Συνηθισμένη οδοντόκρεμα με φθόριο

Παιδική οδοντόκρεμα με φθόριο

Οδοντόκρεμα χωρίς φθόριο

Δεν γνωρίζω/δεν είμαι σίγουρος/η

6. Πώς αξιολογείτε την κατάσταση των δοντιών και του στόματος του παιδιού σας;

Ανεπαρκή

Μέτρια

Καλή

Πολύ καλή

Άριστη

Φυλλάδιο πληροφοριών Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά

Οδοντιατρική φροντίδα για παιδιά στη NSW

Όλα τα παιδιά μπορούν να λάβουν δωρεάν δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στη NSW.

Ορισμένα παιδιά μπορεί επίσης να πληρούν τις προϋποθέσεις για το Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά (CDBS) της Αυστραλιανής Κυβέρνησης, οπότε είτε με τον έναν τρόπο είτε με τον άλλο, θα τους παρασχεθεί το ίδιο υψηλό επίπεδο φροντίδας χωρίς κόστος σε εσάς.

Τι είναι το CDBS;

Το CDBS διευθύνεται από την Αυστραλιανή Κυβέρνηση και προσφέρει στα παιδιά που τις δικαιούνται πρόσβαση σε οδοντιατρικές υπηρεσίες αξίας έως και 1.095 δολαρίων για 2 ημερολογιακά έτη.

Τα παιδιά πληρούν τις προϋποθέσεις εάν είναι:

- Ηλικίας 0 έως 17 ετών σε οποιαδήποτε ημέρα του ημερολογιακού έτους και
- Δικαιούχα για Medicare και
- Μέλη μιας οικογένειας που λαμβάνει το Family Tax Benefit Part A (Οικογενειακό Φορολογικό Επίδομα Μέρος Α) ή το παιδί λαμβάνει κάποια πληρωμή από την Αυστραλιανή Κυβέρνηση από τον κατάλογο που διατίθεται μέσω του Υπουργείου Ανθρωπίνων Υπηρεσιών στο <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

Δεν χρειάζεται να εγγράψετε το παιδί σας για το CDBS.

Πώς μπορεί το παιδί μου να χρησιμοποιήσει το CDBS;

Το παιδί σας μπορεί να χρησιμοποιήσει το CDBS του σε:

- αυτό το πρόγραμμα που διεξάγεται στο σχολείο
- μια δημόσια οδοντιατρική κλινική της NNO ή,
- ιδιώτη επαγγελματία οδοντιατρικής.

Οικονομική συγκατάθεση

Δεν θα υπάρξει κόστος για εσάς. Ακόμα κι αν δεν υπογράψετε το έντυπο οικονομικής συγκατάθεσης, το παιδί σας θα εξακολουθήσει να λαμβάνει δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη από την NSW Health.

Το έντυπο οικονομικής συγκατάθεσης είναι ξεχωριστό έντυπο από το μπλε έντυπο συγκατάθεσης για θεραπεία.

Εάν φτάσει το ανώτατο όριο των 1.095 δολαρίων ή το παιδί σας χρειάζεται περαιτέρω θεραπεία που δεν καλύπτεται, δεν θα υποστείτε οποιεσδήποτε χρεώσεις.

Τι πρέπει να γνωρίζετε για την ασφαλιστική τιμή της οδοντιατρικής φροντίδας του παιδιού σας.

Εάν δώσετε οικονομική συγκατάθεση, τότε μπορούμε να υποβάλουμε αίτηση για κάλυψη του ποσού από την Κοινοπολιτειακή Κυβέρνηση. Το ποσό αυτό δεν θα υπερβαίνει τα 622,10 δολάρια για οποιαδήποτε από τις θεραπείες που έχουν ήδη αναφερθεί. Δεν θα πληρώσετε για καμία θεραπεία.

Πρώτο ραντεβού

Η αναμενόμενη μέγιστη τιμή θεραπείας που μπορεί να καλυφθεί στο πλαίσιο του CDBS για το πρώτο ραντεβού του παιδιού σας αναφέρεται στον παρακάτω πίνακα.

Περιγραφή Θεραπείας	Κωδικός είδους Θεραπείας	Τιμή CDBS
Οδοντιατρικός έλεγχος	88011	\$57,65
Δύο μικρές οδοντιατρικές ακτινογραφίες	88022 x 2	\$33,35 x 2
Καθαρισμός των δοντιών για την αφαίρεση πλάκας	88111*	\$58,90
Καθαρισμός των δοντιών για την αφαίρεση τρυγίας (πέτρας)	88114*	\$98,20
Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού	88121	\$37,85
Σφράγισμα ρωγμών για αυλάκωσεις σε έως και 8 μόνιμους γομφίους (τραπεζίτες)	88161 x 4 88162 x 4	\$50,45 x 4 \$25,25 x 4
Συνολικό κόστος		\$622,10

*Λάβετε υπόψη ότι μόνο για ένα από αυτά τα δύο είδη μπορεί να γίνει αίτηση για κάλυψη του ποσού σε ένα ραντεβού.

Ραντεβού επανεξέτασης (εάν απαιτείται)

Η αναμενόμενη τιμή θεραπείας για την οποία μπορεί να γίνει αίτηση κάλυψης του ποσού μέσω του CDBS για το ραντεβού επανεξέτασης του παιδιού σας αναγράφεται στον παρακάτω πίνακα.

Περιγραφή Θεραπείας	Κωδικός είδους Θεραπείας	Τιμή CDBS
Οδοντιατρικός έλεγχος	88013	\$30,10
Εφαρμογή φθοριούχου βερνικιού	88121	\$37,85
Συνολικό κόστος		\$67,95

Εάν απαιτείται περαιτέρω θεραπεία, θα επικοινωνήσετε μαζί σας η δημόσια οδοντιατρική υπηρεσία για να το συζητήσετε αυτό καθώς και την τιμή τυχόν απαιτούμενων θεραπειών μέσω του CDBS.

Όλα τα παιδιά που ζουν στη NNO μπορούν να λάβουν δωρεάν δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Για περισσότερες πληροφορίες:

Επισκεφθείτε το www.health.nsw.gov.au/cdbcs ή επισκεφθείτε την ιστοσελίδα του Department of Human Services (Υπουργείου Ανθρωπίνων Υπηρεσιών) της Αυστραλιανής Κυβέρνησης στη διεύθυνση <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>.

Μπορείτε να ελέγξετε την επιλεξιμότητα του παιδιού σας και το υπόλοιπο που του αναλογεί στο CDBS μέσω του διαδικτυακού λογαριασμού σας στη Medicare στο my.gov.au ή τηλεφωνώντας στο 132 011.



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____ / ____ / ____		M.O.
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

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

**ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΜΑΖΙΚΗ ΧΡΕΩΣΗ ΜΕΣΩ ΤΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ (CDBS)**

Εγώ, ο/η ασθενής/νόμιμος κηδεμόνας, βεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί:

- για τη θεραπεία που έχει παρασχεθεί ή θα παρασχεθεί από αυτή την ημερομηνία και μετά στο πλαίσιο του Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά•
- για το πιθανό κόστος αυτής της θεραπείας• και
- ότι το ποσό θα χρεωθεί μαζικά για υπηρεσίες στο πλαίσιο του Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχουν επαρκή διαθέσιμα κεφάλαια στο πλαίσιο του ανώτατου ορίου παροχών, και δεν θα πληρώσω από την τσέπη μου για αυτές τις υπηρεσίες.

Κατανοώ ότι εγώ ή ο/η ασθενής θα έχουμε πρόσβαση σε οδοντιατρικές παροχές μόνο μέχρι το ανώτατο όριο παροχών.

Κατανοώ ότι οι παροχές για ορισμένες υπηρεσίες ενδέχεται να έχουν περιορισμούς και ότι το Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά καλύπτει ένα περιορισμένο φάσμα υπηρεσιών.

Κατανοώ ότι το κόστος των υπηρεσιών θα μειώσει το διαθέσιμο ανώτατο όριο παροχών.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ / □

Αριθμός Medicare ασθενούς
Patient's Medicare number

Υπογραφή ασθενούς/νόμιμου κηδεμόνα
Patient / legal guardian signature

Όνοματεπώνυμο ασθενούς
Patient's full name

Όνοματεπώνυμο του υπογράφοντος προσώπου
(αν δεν είναι ο/η ασθενής)
Full name of person signing (if not patient)

____ / ____ / ____

Ημερομηνία
Date

Αυτή το έντυπο ισχύει για το πρώτο πλήρες ημερολογιακό έτος (Ιανουάριος-Δεκέμβριος) κατά το οποίο το παιδί σας λαμβάνει την πρώτη οδοντιατρική υπηρεσία που δικαιούται, εκτός εάν αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας.



SMR020015

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

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015