



Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health

NSW Health dengan senang hati menawarkan pemeriksaan gigi gratis berbasis sekolah bagi anak Anda.

Paket ini mencakup informasi tentang Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health dan

- formulir persetujuan perawatan
- formulir persetujuan keuangan

Apakah ada biayanya?

Tidak, ini layanan gratis yang disediakan oleh Pemerintah NSW.

Anak Anda mungkin juga memenuhi syarat untuk mendapatkan tunjangan dari Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak (Child Dental Benefits Schedule -CDBS) Pemerintah Australia, yang mirip dengan Medicare. Pemerintah Australia mengizinkan kami mengajukan klaim atas nama Anda atas perawatan gigi ini jika Anda menandatangani formulir persetujuan CDBS. Jika anak Anda tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan CDBS, NSW Health akan memberikan perawatan gratis.

Kami menganjurkan Anda untuk menandatangani formulir persetujuan keuangan CDBS karena hal ini akan membantu mendukung kami dalam menyediakan perawatan gigi di NSW, namun hal ini tidak wajib.

Informasi perawatan

Apa saja yang termasuk?

Jika Anda memberikan persetujuan, anak Anda dapat menerima:

Perawatan	Keterangan
Pemeriksaan gigi	Pemeriksaan menyeluruh meliputi: penilaian faktor risiko, edukasi kesehatan mulut, penilaian pertumbuhan (pengukuran tinggi badan dan berat badan serta penghitungan indeks massa tubuh (BMI)). Di klinik gigi umum Kesehatan NSW, merupakan praktik standar bagi semua anak untuk menjalani penilaian pertumbuhan selama pemeriksaan gigi mereka sebagai bagian dari perawatan klinis yang baik.
Rontgen gigi (jika diperlukan)	2 kali rontgen gigi kecil (jika diperlukan) untuk melihat bagian dalam gigi dan di bawah gusi untuk memeriksa pertumbuhan gigi permanen.
Gambar klinis (jika diperlukan)	Foto klinis bagian dalam mulut (jika diperlukan) misalnya gigi, gusi, lidah, pipi, dan bibir.
Pembersihan gigi (jika diperlukan)	Pembersihan gigi untuk menghilangkan plak dan/atau kalkulus.
Fissure Sealant/Penutup Alur (jika diperlukan)	Menyegel/menutup alur gigi geraham permanen untuk membantu mencegah kerusakan gigi.
Aplikasi pernis fluoride (jika diperlukan)	Pengolesan pasta fluoride yang lengket pada gigi untuk membantu mencegah kerusakan gigi.

Anda disarankan untuk mengunjungi situs web program ini untuk membaca lebih lanjut tentang perawatan yang dapat diterima anak Anda. Atau hubungi Distrik Kesehatan Setempat Anda pada rincian di halaman berikutnya.

Apa yang perlu Anda lakukan:

1. **Baca** seluruh informasi dalam paket ini
2. **Lengkapi** formulir persetujuan dalam bahasa Inggris
3. **Tandatangani** formulir persetujuan perawatan
4. **Lengkapi** kuesioner informasi faktor risiko (ini membantu kami memberikan perawatan perseorangan bagi anak Anda)
5. **Baca** lembar informasi Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak
6. **Tanda tangani** formulir persetujuan pasien untuk bulk billing Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak (opsional)
7. **Kembalikan formulir persetujuan ke sekolah anak Anda** sesegera mungkin

Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health

Bagaimana jika anak saya sudah mendapatkan perawatan gigi rutin?

Jika anak Anda menjalani perawatan gigi swasta secara rutin, kami sarankan untuk meneruskannya. Di NSW semua anak dapat menerima perawatan gigi gratis di klinik gigi umum. Klinik gigi umum menyediakan layanan gigi umum dan darurat.

Bagaimana jika anak saya mempunyai masalah gigi yang mendesak sekarang?

Tanda-tanda bahwa anak Anda mungkin memerlukan perawatan gigi mendesak meliputi:

- pembengkakan pada wajah
- pembengkakan di dalam mulut
- pendarahan terus-menerus di dalam mulut
- kecelakaan yang termasuk cedera pada mulut atau gigi
- nyeri (misalnya pada gigi, mulut, gusi atau rahang)

Hubungi klinik gigi umum setempat Anda. Di luar jam kerja, bawa anak Anda ke unit gawat darurat rumah sakit umum.

Untuk mengetahui Distrik Kesehatan Setempat (LHD) tempat Anda tinggal, pindai kode QR di bawah ini:



Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health

Untuk informasi lebih lanjut tentang Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health, termasuk:

- Pertanyaan yang Sering Diajukan
- Informasi Perawatan
- Pernyataan Privasi kami
- Bagaimana data Anda digunakan

Kunjungi www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental atau pindai kode QR di bawah:



Apakah Anda perlu juru bahasa?

Jika Anda memerlukan juru bahasa untuk melengkapi formulir ini, silakan hubungi salah satu nomor di bawah ini:

Distrik Kesehatan Setempat	Telepon
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

Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health



Formulir persetujuan perawatan

Silakan lengkapi semua halaman.

Isi dengan huruf KAPITAL dalam bahasa Inggris dengan menggunakan pen hitam atau biru. Silakan kembalikan formulir yang sudah diisi ke sekolah anak Anda. Jika Anda memiliki pertanyaan tentang pengisian formulir ini, silakan hubungi layanan kesehatan gigi umum setempat.

Rincian siswa

Nama Keluarga/Marga: (seperti yang tertera di Kartu Medicare)

Nama kecil:

Jenis kelamin:

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

Tanggal lahir:

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

Negara tempat lahir:

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

Nama Sekolah:

Year/Kelas di Sekolah:

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

Alamat rumah: (mis. 5 Smith Lane)

Suburb:

Kode Pos:

--	--	--	--	--

Nomor Kartu Medicare (10 digit):

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

Nomor anak di kartu:

--	--	--	--	--

Tanggal kadaluwarsa Medicare:

Silakan centang kotak yang sesuai untuk anak Anda:

Anak tidak memiliki Nomor Medicare:

Bahasa yang digunakan di rumah:

Bahasa Inggris Lainnya (SEBUTKAN)

Bahasa pilihan (SEBUTKAN):

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

Mebutuhkan juru bahasa?

Ya Tidak

Status penduduk asli:

Bukan suku Aborigin maupun Kepulauan Selat Torres

Aborigin

Kepulauan Selat Torres

Suku Aborigin dan Kepulauan Selat Torres

Mebutuhkan perwakilan Aborigin yang disetujui:

Ya Tidak

Rincian data Anda – Orangtua atau Wali Sah

Nama keluarga/marga:

Nama kecil:

Hubungan dengan anak:

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

Nomor ponsel:

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

Alamat email:

Informasi medis

Silakan centang kotak yang sesuai untuk anak Anda:

Anak saya memiliki alergi (misalnya lateks, resin alami).

Ya Tidak Tidak tahu/tidak yakin

Anak saya mempunyai kondisi medis.

Ya Tidak Tidak tahu/tidak yakin

Anak saya memerlukan pengobatan rutin.

Ya Tidak Tidak tahu/tidak yakin

Anak saya mempunyai disabilitas.

Ya Tidak Tidak tahu/tidak yakin

Jika Anda menjawab ya untuk salah satu pertanyaan di atas, mohon jelaskan.

Informasi gigi

Apakah anak Anda pernah mengalami masalah gigi (misalnya kerusakan gigi) di masa lalu?

Ya
 Tidak

Jika Anda menjawab ya di atas, mohon jelaskan.

Kapan terakhir kali anak Anda mengunjungi tenaga medis gigi profesional?

Kurang dari 12 bulan yang lalu
 Lebih dari 12 bulan yang lalu
 Tidak pernah
 Tidak tahu/tidak yakin

Apakah kunjungan dokter gigi terakhir anak Anda dilakukan di:

Praktek gigi swasta termasuk klinik gigi yang ditanggung asuransi kesehatan
 Klinik gigi umum/rumah sakit gigi
 Tempat lain mana pun
 Tidak tahu/tidak yakin
 Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health
 Harap berikan nama dan rincian kontak penyedia layanan gigi terakhir anak Anda

Apakah gigi anak Anda pernah diolesi fluoride dalam 6 bulan terakhir?

Ya Tidak Tidak tahu/tidak yakin

Apakah anak Anda pernah menjalani rontgen gigi dalam 6 bulan terakhir?

Ya Tidak Tidak tahu/tidak yakin

Persetujuan perawatan

- Saya telah membaca dan memahami informasi yang diberikan tentang Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health.
- Saya memahami bahwa saya dapat membatalkan persetujuan kapan saja. Untuk melakukannya, lihat pertanyaan yang sering diajukan di situs web: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- Saya telah berkesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan meminta klarifikasi mengenai informasi yang diberikan kepada saya dengan menghubungi nomor kontak layanan kesehatan gigi umum yang disertakan dalam paket informasi ini atau dengan mengunjungi situs web: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- Saya memahami bahwa perwakilan Distrik Kesehatan Setempat dapat menghubungi saya untuk mengklarifikasi informasi apa pun yang diberikan dalam formulir ini dan/atau untuk mendiskusikan kesehatan mulut dan gigi anak saya.
- Saya telah berkesempatan untuk melihat Pernyataan Privasi di situs web NSW Health di: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx. Saya memahami bahwa data pribadi saya dan/atau anak saya (termasuk informasi kesehatan) dapat diungkapkan dalam keadaan tertentu sebagaimana diatur dalam Pernyataan tersebut.
- Saya menyatakan bahwa sepanjang pengetahuan saya, saya telah memberikan informasi yang akurat tentang anak saya termasuk kondisi medis apa pun yang mungkin memengaruhi perawatan gigi.

Silakan lengkapi yang berikut ini dan tanda tangani kotak di samping setiap perawatan yang Anda ingin anak Anda terima. Jika Anda tidak menandatangani pemeriksaan gigi, tidak ada janji temu yang dapat dibuat.

Saya (nama lengkap)

pada (tanggal hari ini), / / 20 menanda-tangani yang di bawah guna memberi persetujuan untuk anak saya (nama lengkap)

(tanggal lahir), / / menerima yang berikut, sesuai kebutuhan secara klinis:

Perawatan	Keterangan	Tanda Tangan Orangtua/Wali yang Sah
Pemeriksaan gigi	Pemeriksaan menyeluruh, termasuk penilaian faktor risiko, penilaian pertumbuhan, dan edukasi kesehatan mulut. Tanpa persetujuan untuk pemeriksaan gigi, tidak ada perawatan lain yang dapat diberikan.	<input type="checkbox"/>
Rontgen gigi (jika diperlukan)	Rata-rata, dua kali rontgen gigi kecil	<input type="checkbox"/>
Gambar klinis (jika diperlukan)	Foto klinis bagian dalam mulut misalnya gigi, gusi, lidah, pipi, dan/atau bibir.	<input type="checkbox"/>
Pembersihan gigi (jika diperlukan)	Pembersihan gigi untuk menghilangkan plak dan/atau kalkulus	<input type="checkbox"/>
Fissure Sealant/ Penutup Alur (jika diperlukan)	Menyegel/menutup alur gigi geraham permanen untuk membantu mencegah kerusakan gigi	<input type="checkbox"/>
Aplikasi pennis fluoride (jika diperlukan)	Pengolesan pasta fluoride yang lengket pada gigi untuk membantu mengurangi risiko kerusakan gigi	<input type="checkbox"/>

Apakah Anda ingin menghadiri janji temu anak Anda? Ya Tidak

Kuesioner informasi faktor risiko

Untuk membantu kami menilai kondisi gigi anak Anda, silakan centang kotak yang paling sesuai dan sebutkan jumlahnya jika diperlukan:

1. **Seberapa sering anak Anda biasanya meminum minuman yang dimaniskan dengan gula seperti minuman bersoda, minuman dengan sirop, minuman olahraga, minuman energi, atau es teh?**

(1 cangkir = 250ml. 1 kaleng minuman ringan = 1,5 cangkir.
Sebotol minuman olahraga 500ml = 2 cangkir)

Setiap hari
Perkiraan jumlah cangkir per hari:

Beberapa kali seminggu
Perkiraan jumlah cangkir dalam seminggu:

Jarang atau tidak pernah

Tidak tahu/tidak yakin

2. **Seberapa sering anak Anda biasanya minum air putih?**

(1 cangkir = 250ml atau cangkir teh yang dipakai di rumah.
Sebotol air 600ml = 2,4 cangkir)

Setiap hari
Perkiraan jumlah cangkir per hari:

Beberapa kali seminggu
Perkiraan jumlah cangkir dalam seminggu:

Jarang atau tidak pernah

Tidak tahu/tidak yakin

3. **Seberapa sering anak Anda biasanya makan biskuit manis, kue cake, kue kering, atau snack bar? (Snack bar termasuk bar muesli, bar sarapan, serta bar dan bola protein/energi)**

Setiap hari
Perkiraan jumlah per hari:

Beberapa kali seminggu
Perkiraan jumlah dalam seminggu:

Jarang atau tidak pernah

Tidak tahu/tidak yakin

4. **Seberapa sering anak Anda menyikat gigi dengan pasta gigi?**

Jarang atau tidak pernah

Kurang dari sekali/hari

Sekali sehari

Dua kali sehari

Lebih dari dua kali sehari

Tidak tahu/tidak yakin

5. **Jenis pasta gigi apa yang digunakan anak Anda?**

Pasta gigi berfluoride standar

Pasta gigi anak-anak yang mengandung fluoride

Pasta gigi non-fluoride

Tidak tahu/tidak yakin

6. **Bagaimana penilaian Anda terhadap kondisi gigi dan mulut anak Anda?**

Buruk

Sedang

Baik

Sangat baik

Bagus sekali

Program Perawatan Gigi Keliling di Sekolah Dasar oleh NSW Health

Lembar informasi Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak

Perawatan gigi untuk anak-anak di NSW

Semua anak dapat menerima layanan gigi umum gratis di NSW.

Sebagian anak mungkin juga memenuhi syarat untuk mendapatkan Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak (Child Dental Benefits Schedule-CDBS) dari Pemerintah Australia. Bagaimanapun, mereka akan menerima perawatan berstandar tinggi yang sama tanpa membebankan biaya kepada Anda.

Apa itu CDBS ?

CDBS dikelola oleh Pemerintah Australia dan memberi anak-anak yang memenuhi syarat akses terhadap layanan kesehatan gigi senilai hingga \$1,095 selama 2 tahun kalender.

Anak memenuhi syarat jika ia:

- Berusia 0 hingga 17 tahun selama satu hari dalam satu tahun kalender tersebut dan
- Berhak mendapatkan Medicare dan
- Bagian dari keluarga yang menerima Family Tax Benefit Part A, atau anak tersebut menerima tunjangan Pemerintah Australia dari daftar yang tersedia melalui Department of Human Services di <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

Anda tidak perlu mendaftarkan anak Anda untuk mendapatkan CDBS.

Bagaimana anak saya bisa menggunakan CDBS ?

Anak Anda dapat menggunakan CDBS di:

- program berbasis sekolah ini
- klinik gigi umum NSW atau,
- seorang praktisi gigi swasta.

Persetujuan keuangan

Tidak akan ada biaya yang harus Anda keluarkan.

Sekalipun Anda tidak menandatangani formulir persetujuan keuangan, anak Anda tetap akan mendapatkan perawatan gigi gratis dari NSW Health.

Formulir persetujuan keuangan merupakan formulir yang terpisah dari formulir persetujuan perawatan berwarna biru.

Jika batas \$1,095 telah dicapai, atau anak Anda memerlukan perawatan lebih lanjut yang tidak ditanggung, Anda tidak akan dikenakan biaya apa pun.

Apa yang perlu Anda ketahui tentang nilai perawatan gigi anak Anda.

Jika Anda memberikan persetujuan keuangan maka kami dapat mengajukan klaim kepada Pemerintah Persemakmuran. Jumlah ini tidak akan lebih dari \$622.10

untuk perawatan apa pun yang telah disebutkan. Anda tidak akan perlu membayar untuk perawatan apa pun.

Janji temu pertama

Perkiraan nilai perawatan maksimum yang dapat diklaim berdasarkan CDBS untuk kunjungan pertama anak Anda diuraikan dalam tabel di bawah ini:

Keterangan perawatan	Kode item perawatan	Nilai CDBS
Pemeriksaan gigi	88011	\$57.65
Dua rontgen gigi kecil	88022 x 2	\$33.35 x 2
Pembersihan gigi untuk menghilangkan plak	88111*	\$58.90
Pembersihan gigi untuk menghilangkan kalkulus	88114*	\$98.20
Pengolesan pernis fluoride	88121	\$37.85
Penutupan alur hingga 8 gigi geraham permanen	88161 x 4 88162 x 4	\$50.45 x 4 \$25.25 x 4
Total biaya		\$622.10

*Harap diperhatikan bahwa hanya satu dari dua item ini yang dapat diklaim dalam satu janji temu.

Janji temu tinjau ulang (jika diperlukan)

Perkiraan nilai perawatan maksimum yang dapat diklaim berdasarkan CDBS untuk janji temu tinjau ulang anak Anda diuraikan dalam tabel di bawah ini:

Keterangan perawatan	Kode item perawatan	Nilai CDBS
Pemeriksaan gigi	88013	\$30.10
Pengolesan pernis fluoride	88121	\$37.85
Total biaya		\$67.95

Jika perawatan lebih lanjut diperlukan, Anda akan dihubungi oleh layanan gigi umum untuk mendiskusikan hal ini dan nilai CDBS dari setiap perawatan yang diperlukan.

Semua anak yang tinggal di NSW dapat menerima layanan kesehatan gigi umum gratis.

Untuk informasi lebih lanjut:

Kunjungi www.health.nsw.gov.au/cdbs atau kunjungi situs web Department of Human Services Pemerintah Australia di <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>.

Anda dapat memeriksa apakah anak Anda memenuhi syarat dan berapa saldo CDBS Anda melalui akun online Medicare Anda di my.gov.au atau dengan menelepon 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

PERSETUJUAN PASIEN UNTUK BULK BILLING DAFTAR TUNJANGAN PERAWATAN GIGI ANAK (CDBS)

Saya, pasien/wali resmi, menyatakan bahwa benar saya telah diberitahukan:

- mengenai perawatan yang telah atau akan diberikan sejak tanggal ini yang termasuk Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak;
- mengenai perkiraan biaya perawatan ini; dan
- bahwa saya akan di-bulk billed untuk layanan yang termasuk Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak, tergantung pada apakah jumlah dana yang memadai tersedia berdasarkan batas jumlah tunjangan, dan saya tidak akan perlu mengeluarkan biaya dari kantong saya sendiri untuk layanan-layanan ini.

Saya mengerti bahwa saya/pasien hanya akan mendapat akses ke tunjangan perawatan gigi dengan nilai yang tidak melebihi batas tunjangan.

Saya mengerti bahwa tunjangan untuk beberapa layanan mungkin dibatasi dan bahwa Daftar Tunjangan Perawatan Gigi Anak hanya mencakup sejumlah layanan yang terbatas.

Saya mengerti bahwa biaya layanan akan mengurangi batas tunjangan yang tersedia.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ / □

Nomor Medicare Pasien
Patient's Medicare number

Tanda tangan pasien/wali resmi
Patient / legal guardian signature

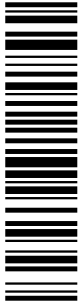
Nama lengkap pasien
Patient's full name

Nama lengkap penanda-tangan (jika bukan pasien)
Full name of person signing (if not patient)

____ / ____ / ____

Tanggal
Date

Formulir ini berlaku untuk seluruh tahun kalender pertama (Jan-Des) di mana anak Anda mendapatkan layanan perawatan gigi pertama yang berhak didapatkannya, kecuali jika Anda membatalkan persetujuan Anda.



SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019

BINDING MARGIN - NO WRITING

Silakan gunakan terjemahan ini sebagai panduan untuk mengisi formulir izin berbahasa Inggris.

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015