



Programma dentale itinerante del Ministero della salute del NSW per le scuole elementari

Il Ministero della salute del NSW è lieto di offrire a Suo figlio/Sua figlia una visita di controllo odontoiatrica gratuita presso la scuola.

Questo corredo include informazioni sul NSW Health Primary School Mobile Dental Program e il

- modulo di consenso al trattamento
- modulo di consenso relativo ai costi

Sono previsti dei costi?

No, si tratta di un servizio gratuito offerto dal governo del NSW.

Suo figlio/Sua figlia potrebbe anche avere diritto al Child Dental Benefits Schedule (CDBS) del governo australiano, un piano di assistenza odontoiatrica simile al Medicare. Il governo ci consente di presentare una richiesta di cure dentali per Suo conto se Lei firma il modulo di consenso ai fini del CDBS. Se Suo figlio/Sua figlia non ha diritto ad avvalersi di tale programma, il Ministero della salute del NSW offrirà le cure a titolo gratuito.

La incoraggiamo a firmare il modulo di consenso relativo ai costi del CDBS poiché in tal modo ci aiuterà a fornire le cure dentali nel NSW, anche se Lei non ha l'obbligo di farlo.

Informazioni sul trattamento

Cos'è compreso?

Se Lei acconsente, Suo figlio/Sua figlia potrebbe ricevere:

Cosa Lei deve fare:

1. **Leggere** tutte le informazioni in questo corredo
2. **Compilare** il modulo di consenso in inglese
3. **Firmare** il modulo di consenso alle cure
4. **Compilare** il questionario informativo sui fattori di rischio (questo ci aiuterà a offrire cure personalizzate a Suo figlio/Sua figlia)
5. **Leggere** la scheda informativa sul Child Dental Benefits Schedule
6. **Firmare** il modulo di consenso all'esenzione dal pagamento del ticket (Child Dental Benefits Schedule bulk billing patient consent form) (facoltativo)
7. **Far pervenire i moduli di consenso alla scuola di Suo figlio/Sua figlia** quanto prima

Trattamento	Descrizione
Controllo odontoiatrico	Esame esaustivo comprendente: valutazione dei fattori di rischio, educazione sulla salute orale, valutazione della crescita (misurazione dell'altezza e del peso e calcolo dell'indice della massa corporea (BMI)). È prassi comune negli ambulatori odontoiatrici pubblici del Ministero della salute del NSW che tutti i minori usufruiscano di una valutazione della crescita durante la visita di controllo odontoiatrica come componente di una buona assistenza clinica.
Radiografia dentale (se necessaria)	2 radiografie con basse radiazioni ai denti (se necessarie) per vedere dentro i denti e sotto le gengive e controllare che i denti adulti stiano crescendo.
Immagini cliniche (se necessarie)	Fotografie cliniche all'interno della bocca (se necessarie) di denti, gengive, lingua, guance e labbra.
Pulizia dei denti (se necessaria)	Pulizia dei denti per rimuovere la placca e/o depositi di calcio.
Sigillanti dentali (se necessari)	Sigillatura delle fessure dei molari permanenti per favorire la prevenzione delle carie.
Applicazione di pasta dentifricia al fluoro (se necessaria)	Applicazione sui denti di pasta dentifricia al fluoro per favorire la prevenzione delle carie.

Le consigliamo di visitare il sito web per saperne di più sui trattamenti che Suo figlio/Sua figlia potrebbe ricevere. Oppure contatti il più vicino Local Health District (distretto sanitario di zona) i cui recapiti sono indicati sulla prossima pagina.

Programma dentale itinerante del Ministero della salute del NSW per le scuole elementari

E se mio figlio/mia figlia riceve già cure dentali?

Se Suo figlio/Sua figlia riceve già cure dentali private, si consiglia di proseguire le cure con il dentista di fiducia. Nel NSW tutti i minori possono ricevere cure dentali gratuite in ambulatori odontoiatrici pubblici. Gli ambulatori odontoiatrici pubblici offrono servizi dentali sia generali sia d'emergenza.

E se mio figlio/mia figlia ha un problema urgente ai denti già adesso?

Segnali che Suo figlio/Sua figlia potrebbe necessitare di cure dentali urgenti sono:

- gonfiore del viso
- gonfiore in bocca
- perdite di sangue persistenti in bocca
- un incidente che abbia causato danni alla bocca o ai denti
- dolore dentale (es. a carico di denti, bocca, gengive o mascella)

Chiami l'ambulatorio odontoiatrico pubblico di zona. Fuori dell'orario d'ambulatorio, porti Suo figlio/Sua figlia al pronto soccorso del più vicino ospedale pubblico.

Per trovare in quale Local Health District (LHD) (distretto sanitario di zona) Lei abita, faccia la scansione del codice QR qui sotto:



Informazioni sul NSW Health Primary School Mobile Dental Program (Programma dentale itinerante del Ministero della salute del NSW per le scuole elementari)

Per maggiori informazioni sul NSW Health Primary School Mobile Dental Program tra cui:

- Domande frequenti
- Informazioni sul trattamento
- La nostra informativa in materia di privacy
- Come vengono usati i Suoi dati

Visiti il sito www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental o faccia la scansione del codice QR qui sotto:



Le serve un interprete?

Se Le serve un interprete per compilare questi moduli, chiami uno dei numeri qui sotto:

Local Health District (distretto sanitario di zona)	Telefono
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

Modulo di consenso al trattamento

Compili tutte le pagine.

Compili il modulo in inglese usando LETTERE MAIUSCOLE con una penna nera o blu. Faccia pervenire i moduli debitamente compilati alla scuola di Suo figlio/Sua figlia. Se Lei desidera fare delle domande su come compilare questo modulo, contatti il servizio odontoiatrico pubblico di zona.

Particolari dello studente

Cognome: (come indicato sulla sua tessera del Medicare)

Nome/i:

Sesso:

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

Data di nascita:

Paese di nascita:

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

Nome della scuola:

Anno scolastico:

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

Indirizzo di casa: (es. 5 Smith Lane)

Sobborgo:

Codice postale:

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

Numero della tessera del Medicare (10 cifre):

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

Numero dello studente sulla tessera:

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

Data di scadenza del Medicare:

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

Spunti le caselle relative a Suo figlio/Sua figlia:

Il figlio/la figlia non ha un numero del Medicare:

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

Lingua/e parlata/e a casa:

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

Inglese

Altro (INDICARE)

Lingua preferita (INDICARE):

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

Serve un interprete?

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

Sì

No

Status indigeno:

Né di estrazione aborigena né originario delle Isole dello Stretto di Torres

Aborigeno

Originario delle isole dello Stretto di Torres

Sia di estrazione aborigena sia originario delle Isole dello Stretto di Torres

È richiesto un rappresentante autorizzato aborigeno:

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

Sì

No

I Suoi particolari – Genitore o chi ne fa le veci (ai sensi di legge)

Cognome:

Nome/i:

Relazione nei confronti del minore:

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

Numero del cellulare:

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

Recapito di posta elettronica:

Dati di natura medica

Spunti le caselle relative a Suo figlio/Sua figlia:

Mio figlio/mia figlia ha un'allergia (es. lattice, resina naturale).

Sì No Non saprei/incerto

Mio figlio/mia figlia è affetto/a da un disturbo medico.

Sì No Non saprei/incerto

Mio figlio/mia figlia richiede l'assunzione di medicinali con regolare frequenza.

Sì No Non saprei/incerto

Mio figlio/mia figlia ha una disabilità.

Sì No Non saprei/incerto

Se Lei ha risposto sì o no a una o più delle domande di cui sopra, descriva la situazione.

Informazioni di natura dentale

Suo figlio/Sua figlia ha avuto in passato problemi dentali (es. carie)?

Sì No

Se Lei ha risposto sì alla domanda che precede, fornisca una descrizione.

Quando è stata l'ultima volta che Suo figlio/Sua figlia è stato/a visitato/a da un professionista odontoiatrico?

Meno di 12 mesi fa
 Più di 12 mesi fa
 Mai
 Non saprei/incerto

L'ultima visita odontoiatrica di Suo figlio/Sua figlia è stata effettuata presso:

Un ambulatorio odontoiatrico privato tra cui un ambulatorio odontoiatrico convenzionato con assicurazioni mediche private
 Ambulatorio odontoiatrico pubblico/ospedale odontoiatrico
 Un'altra struttura
 Non saprei/incerto
 Programma dentale itinerante del Ministero della salute del NSW per le scuole elementari

Fornisca il nome e i recapiti dell'ultimo dentista che ha avuto in cura Suo figlio/Sua figlia.

Suo figlio/Sua figlia ha ricevuto un'applicazione di fluoro negli ultimi 6 mesi?

Sì No Non saprei/incerto

Suo figlio/Sua figlia si è sottoposto/a a radiografie ai denti negli ultimi 6 mesi?

Sì No Non saprei/incerto

Consenso al trattamento

- Ho letto e compreso le informazioni fornite in merito al NSW Health Primary School Mobile Dental Program.
- Prendo atto che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento. Per farlo, consulti le FAQ sul sito: www.health.nsw.gov.au/primary schooldental
- Ho avuto l'occasione di fare delle domande e chiedere chiarimenti sulle informazioni che mi sono state fornite chiamando i recapiti telefonici del servizio odontoiatrico pubblico indicati in questo corredo informativo o visitando il sito web: www.health.nsw.gov.au/primary schooldental
- Prendo atto che un rappresentante del Local Health District (distretto sanitario di zona) potrebbe contattarmi per chiedere dei chiarimenti sulle informazioni fornite in questo modulo e/o per parlare della salute dentale di mio figlio/mia figlia.
- Ho avuto l'occasione di prendere visione dell'informativa in materia di privacy sul sito del Ministero della salute: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx. Prendo atto che i dati personali miei e/o di mio figlio/mia figlia (compresi dati di natura sanitaria) potrebbero essere divulgati in determinati casi come indicato nella suddetta informativa in materia di privacy.
- Dichiaro che, per quanto di mia conoscenza, ho fornito informazioni accurate su mio figlio/mia figlia tra cui disturbi di carattere medico che potrebbero incidere sul trattamento dentale.

Compili quanto segue e firmi nella casella accanto a ciascuno dei trattamenti che vorrebbe venissero prestati a Suo figlio/Sua figlia. Se non firma per la visita di controllo odontoiatrica, non verrà fissato alcun appuntamento.

Io sottoscritto (nome e cognome)																												
oggi (data odierna),																							2	0	firma qui sotto per dare il mio consenso affinché mio figlio/mia figlia			
(nome e cognome)																												
(data di nascita),																												riceva le seguenti prestazioni, a seconda dei bisogni di carattere clinico:

Trattamento	Descrizione	Firma del genitore/chi ne fa le veci (ai sensi di legge)
Controllo odontoiatrico	Esame esaustivo comprendente: valutazione dei fattori di rischio, valutazione della crescita, educazione sulla salute orale. Senza il consenso per una visita di controllo odontoiatrica, nessun altro trattamento potrà essere prestato.	X
Radiografie dentali (se necessarie?)	In media, due radiografie con basse radiazioni ai denti	X
Immagini cliniche (se necessarie)	Fotografie cliniche all'interno della bocca di denti, gengive, lingua, guance e/o labbra.	X
Pulizia dei denti (se necessaria)	Pulizia dei denti per rimuovere la placca e/o depositi di calcio.	X
Sigillanti dentali (se necessari)	Sigillatura delle fessure dei molari permanenti per favorire la prevenzione delle carie.	X
Applicazione di pasta dentifricia al fluoro (se necessaria)	Applicazione sui denti di pasta dentifricia al fluoro per favorire la prevenzione delle carie.	X

Lei desidera essere presente all'appuntamento di Suo figlio/Sua figlia? Sì No

Questionario informativo sui fattori di rischio

Per aiutarci a esaminare i denti di Suo figlio/Sua figlia, spunti la casella più pertinente e indichi, ove richiesto, le quantità:

1. Con quale frequenza Suo figlio/Sua figlia consuma bevande zuccherate come bibite, bevande sciroppate, bevande sportive, bevande energetiche o tè ghiacciato?
(1 bicchiere = 250ml. 1 lattina di bibita = 1,5 bicchieri. Una bottiglia da 500ml di bevanda sportiva = 2 bicchieri)

Tutti i giorni
Numero approssimativo di bicchieri al giorno:

Alcune volte alla settimana
Numero approssimativo di bicchieri alla settimana:

Raramente o mai

Non saprei/incerto

2. Con quale frequenza Suo figlio/Sua figlia beve acqua?
(1 bicchiere = 250ml o una tazza da tè per uso domestico. Una bottiglia di acqua da 600ml = 2.4 bicchieri)

Tutti i giorni
Numero approssimativo di bicchieri al giorno:

Alcune volte alla settimana
Numero approssimativo di bicchieri alla settimana:

Raramente o mai

Non saprei/incerto

3. Con quale frequenza Suo figlio/Sua figlia consuma biscotti dolci, torte, pasticcini o barrette da snack? (Le barrette da snack includono barrette di muesli, barrette per la prima colazione e barrette e palline proteiche/energetiche)

Tutti i giorni
Numero approssimativo al giorno:

Alcune volte alla settimana
Numero approssimativo alla settimana:

Raramente o mai

Non saprei/incerto

4. Con quale frequenza Suo figlio/Sua figlia si lava i denti con il dentifricio?

- Raramente o mai
- Meno di una volta al giorno
- Una volta al giorno
- Due volte al giorno
- Più di due volte al giorno
- Non saprei/incerto

5. Quale tipo di dentifricio usa Suo figlio/Sua figlia?

- Normale dentifricio al fluoro
- Dentifricio al fluoro per bambini
- Dentifricio senza fluoro
- Non saprei/incerto

6. Come valuterebbe la salute dei denti e della bocca di Suo figlio/Sua figlia?

- Scarsa
- Discreta
- Buona
- Molto buona
- Ottima

Programma dentale itinerante del Ministero della salute del NSW per le scuole elementari

Scheda informativa sul Child Dental Benefits Schedule

Assistenza odontoiatrica per minori nel NSW

Tutti i minori possono ricevere servizi odontoiatrici pubblici gratuiti nel NSW.

Alcuni minori potrebbero anche avere diritto al Child Dental Benefits Schedule (CDBS) del governo australiano. Ad ogni modo, in entrambi i casi, riceveranno la stessa alta qualità di assistenza a titolo gratuito per Lei.

Cos'è il CDBS?

Il CDBS è un piano gestito dal governo australiano che offre ai minori aventi diritto servizi odontoiatrici del valore fino a \$1.095 nell'arco di 2 anni solari.

I minori vi hanno diritto se:

- Sono di età compresa tra 0 e 17 anni per un qualsiasi giorno dell'anno solare e
- Hanno diritto al Medicare e
- Fanno parte di una famiglia che percepisce il Family Tax Benefit Part A, oppure il minore riceve un sussidio del governo australiano tra quelli elencati tramite il Ministero dei servizi umani sul sito <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

Lei non è tenuto/a a registrare Suo figlio/Sua figlia ai fini del CDBS.

Come può avvalersi del CDBS mio figlio/mia figlia?

Suo figlio/Sua figlia può avvalersi del CDBS tramite:

- questo programma presso la scuola
- un ambulatorio odontoiatrico pubblico nel NSW, oppure
- un dentista privato.

Consenso relativo ai costi

Non ci saranno costi a Suo carico. Anche se Lei non firma il modulo di consenso, Suo figlio/Sua figlia riceverà purtuttavia cure dentali gratuite dal Ministero della sanità del NSW.

NSW. Il consenso relativo ai costi è un modulo distinto dal modulo di consenso di colore azzurro relativo al trattamento.

Se si raggiunge la soglia di \$1.095 o se Suo figlio/Sua figlia necessita di ulteriori cure che non rientrano nella copertura del piano, Lei non dovrà accollarsi alcuna spesa.

Cosa Lei deve sapere in merito al valore delle cure dentali di Suo figlio/Sua figlia.

Se Lei presta il Suo consenso relativo ai costi, noi possiamo richiedere il rimborso dal governo federale. Il relativo importo non supererà \$622,10 per alcuno dei trattamenti già menzionati. Lei non dovrà pagare alcun trattamento.

Primo appuntamento

Il valore massimo previsto del trattamento del cui costo si può richiedere il rimborso ai sensi del CDBS per il primo appuntamento di Suo figlio/Sua figlia è indicato nella tabella che segue:

Descrizione del trattamento	Codice di ciascuna prestazione	Valore CDBS
Controllo odontoiatrico	88011	\$57,65
Due radiografie con basse radiazioni ai denti	88022 x 2	\$33,35 x 2
Pulizia dei denti per rimuovere la placca	88111*	\$58,90
Pulizia dei denti per rimuovere i depositi di calcio	88114*	\$98,20
Applicazione sui denti di pasta dentifricia al fluoro	88121	\$37,85
Sigillatura delle fessure per un massimo di 8 molari permanenti	88161 x 4 88162 x 4	\$50,45 x 4 \$25,25 x 4
Costo totale		\$622,10

*Nota che si può richiedere il rimborso del costo di una sola di queste due prestazioni nel corso di una visita.

Visita di controllo (se necessaria)

Il valore massimo previsto del trattamento del cui costo si può richiedere il rimborso ai sensi del CDBS per la visita di controllo di Suo figlio/Sua figlia è indicato nella tabella che segue:

Descrizione del trattamento	Codice di ciascuna prestazione	Valore CDBS
Controllo odontoiatrico	88013	\$30,10
Applicazione sui denti di pasta dentifricia al fluoro	88121	\$37,85
Costo totale		\$67,95

Se serve ulteriore trattamento, Lei verrà contattato/a dal servizio odontoiatrico pubblico per parlare di questo e del valore CDBS di eventuali trattamenti richiesti.

Tutti i minori che risiedono nel NSW possono ricevere servizi odontoiatrici pubblici a titolo gratuito.

Per maggiori informazioni:

Visiti www.health.nsw.gov.au/cdbs oppure visiti il sito del Department of Human Services del governo australiano <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>.

Lei può verificare il possesso dei requisiti da parte di Suo figlio/Sua figlia e il saldo CDBS tramite il Suo conto on-line Medicare sul sito my.gov.au o chiamando il numero 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

CONSENSO DEL PAZIENTE A RICEVERE PRESTAZIONI DEL CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE SENZA IL PAGAMENTO DEL TICKET (BULK BILLING)

Io sottoscritto/a, il/la paziente / rappresentante legale, dichiaro di essere stato/a informato/a:

- del trattamento che è stato o che sarà prestato a partire da oggi nell'ambito del Child Dental Benefits Schedule (piano odontoiatrico per minori);
- del probabile costo di tale trattamento; e
- che riceverò i servizi senza pagamento del ticket (bulk billed) nell'ambito del Child Dental Benefits Schedule a condizione che vi siano fondi sufficienti disponibili entro i limiti della soglia massima e che pertanto non dovrò accollarmi i costi per tali servizi.

Prendo atto che io potrò avvalermi / il paziente potrà avvalersi delle prestazioni dentali senza il pagamento del ticket fino alla soglia massima.

Prendo atto che i benefici per alcuni servizi potrebbero essere soggetti a restrizioni e che il Child Dental Benefits Schedule copre una gamma limitata di servizi.

Prendo atto che il costo dei servizi ridurrà la soglia massima disponibile.

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

/

Numero di Medicare del paziente
Patient's Medicare number

Firma del paziente / rappresentante legale
Patient / legal guardian signature

Nome e cognome del paziente
Patient's full name

Nome e cognome della persona che firma
(se diversa dal paziente)
Full name of person signing (if not patient)

____/____/____

Data
Date

Questo modulo è valido per il primo anno solare intero (gennaio-dicembre) in cui Suo figlio/Sua figlia riceve il primo servizio dentale rientrante nel piano, a meno che Lei non ritiri il Suo consenso.