



โปรแกรมทันตกรรมเคลื่อนที่ สำหรับโรงเรียนประถมศึกษา ของการสาธารณสุข NSW

การสาธารณสุข NSW มีความยินดีที่จะจัดการตรวจสุขภาพฟันที่โรงเรียนให้แก่บุตรของท่านฟรี

เอกสารชุดนี้มีข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับโรงเรียนประถมศึกษาของการสาธารณสุข NSW และ

- แบบฟอร์มความยินยอมให้ทำการรักษา
- แบบฟอร์มความยินยอมทางการเงิน

มีค่าใช้จ่ายหรือไม่?

ไม่มี นี่เป็นบริการฟรีที่จัดให้โดยรัฐบาลรัฐ NSW

บุตรของท่านอาจมีสิทธิ์ได้รับโครงการสวัสดิการทันตกรรมเด็ก (CDBS) ของรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งคล้ายกับเมดิแคร์ รัฐบาลออสเตรเลียอนุญาตให้เราทำการรับสิทธิ์แทนท่านสำหรับการดูแลทันตกรรมนี้หากท่านเซ็นชื่อในแบบฟอร์มยินยอม CDBS ถ้าบุตรของท่านไม่มีสิทธิ์ การสาธารณสุข NSW ก็จะจัดการดูแลให้โดยไม่คิดเงิน

เราส่งเสริมให้ท่านเซ็นชื่อในแบบฟอร์มความยินยอมทางการเงิน เพื่อสนับสนุนเราให้จัดบริการดูแลฟันในรัฐ NSW ทั้งนี้ไม่เป็นการบังคับ

ข้อมูลการรักษา

โปรแกรมนี้รวมอะไรบ้าง?

ถ้าท่านให้ความยินยอม บุตรของท่านอาจได้รับ:

การรักษา	คำอธิบาย
การตรวจสุขภาพทันตกรรม	การตรวจอย่างครบถ้วนรวมถึง การประเมินปัจจัยการเสี่ยง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพปาก การประเมินความเจริญเติบโต (การวัดความสูงและน้ำหนักและการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI)) ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานในคลินิกทันตกรรมสาธารณะของ NSW สำหรับเด็กทุกคน ที่จะมีการประเมินการเจริญเติบโตระหว่างตรวจสุขภาพฟันซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลทางการแพทย์ที่ดี
เอ็กซเรย์ทันตกรรม (ถ้าจำเป็น)	เอ็กซเรย์ฟันขนาดเล็ก 2 แผ่น (ถ้าจำเป็น) เพื่อดูภายในฟันและใต้เหงือกสำหรับตรวจดูว่าฟันแท้กำลังขึ้น
การถ่ายภาพทางการแพทย์ (ถ้าจำเป็น)	การถ่ายภาพทางการแพทย์ของฟัน เหงือก ลิ้น แก้มและริมฝีปากภายในปาก (ถ้าจำเป็น)
การทำความสะอาดฟัน (ถ้าจำเป็น)	การทำความสะอาดฟันเพื่อเอาคราบและ/หรือหินปูนออก
อุดฟัน (ถ้าจำเป็น)	การอุดร่องฟันกรามแท้เพื่อป้องกันฟันผุ
การเคลือบด้วยฟลูออไรด์ (ถ้าจำเป็น)	การเคลือบฟลูออไรด์เหนียวที่ฟันเพื่อป้องกันฟันผุ

แนะนำว่าท่านควรเข้าเว็บไซต์เพื่ออ่านการรักษาที่บุตรของท่านอาจจะได้รับ หรือติดต่อการสาธารณสุขเขตในท้องถิ่นเกี่ยวกับรายละเอียดหน้าถัดไป

สิ่งที่ท่านต้องทำ:

1. อ่านข้อมูลในเอกสารชุดนี้ทั้งหมด
2. กรอกแบบฟอร์มยินยอมเป็นภาษาอังกฤษ
3. เซ็นชื่อแบบฟอร์มยินยอมการรักษา
4. ทำแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยการเสี่ยง (สิ่งนี้จะช่วยให้จัดการดูแลโดยเฉพาะให้แก่บุตรของท่าน)
5. อ่านเอกสารข้อมูลโครงการสวัสดิการทันตกรรมเด็ก
6. เซ็นชื่อความยินยอมของผู้ป่วยในการจ่ายเงินรวมสำหรับโครงการสวัสดิการทันตกรรมเด็ก (เลือกทำได้)
7. ส่งแบบฟอร์มยินยอมให้แก่โรงเรียนของบุตรท่านโดยเร็วเท่าที่จะทำได้

ถ้าบุตรของข้าพเจ้าได้รับการดูแลทันตกรรมเป็นประจำแล้วล่ะ?

ถ้าบุตรของท่านได้รับการดูแลทันตกรรมเป็นประจำเป็นส่วนตัวอยู่แล้ว ขอแนะนำว่าใช้บริการดูแลทันตกรรมต่อไป ในรัฐ NSW เด็กทุกคนสามารถได้รับการดูแลทันตกรรมฟรีในคลินิกทันตกรรมสาธารณะ คลินิกทันตกรรมสาธารณะให้บริการทันตกรรมทั่วไปและในกรณีฉุกเฉิน

ถ้าบุตรของข้าพเจ้ามีปัญหาทันตกรรมโดยรีบด่วนเดี๋ยวนี้ จะทำอย่างไร?

สัญญาณที่บ่งบอกว่าบุตรของท่านอาจต้องการการดูแลทันตกรรมอย่างรีบด่วน ได้แก่:

- หน้าบวม
- ปากบวม
- เลือดออกในปากไม่หยุด
- อุบัติเหตุที่เกิดแก่ปากหรือฟัน
- ปวดฟัน (เช่น ปวดที่ฟัน ปาก เหงือกหรือกราม)

โทรคลินิกทันตกรรมสาธารณะในท้องถิ่น ถ้านอกเวลาทำงาน พยาบาลของท่านไปแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสาธารณะ

เพื่อตรวจสอบว่าท่านอาศัยอยู่ในการสาธารณสุขเขตท้องถิ่น (LHD) เขตไหน สแกน QR code ด้านล่าง;



การสอบถามเกี่ยวกับโปรแกรมทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับโรงเรียนประถมศึกษาของการสาธารณสุข NSW

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับโรงเรียนประถมศึกษาของการสาธารณสุข NSW รวมถึง:

- คำถามที่ถามบ่อย
- ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
- ถ้อยแถลงเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของเรา
- จะนำข้อมูลของท่านไปใช้อย่างไร

ดูที่ www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental หรือสแกน QR code ด้านล่าง



ท่านต้องการล่ามไหม?

หากท่านต้องการล่ามช่วยกรอกแบบฟอร์มเหล่านี้ โปรดโทรหมายเลขหนึ่งจากหมายเลขข้างล่างนี้

การสาธารณสุขเขตท้องถิ่น	หมายเลขโทรศัพท์
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

โปรแกรมทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับโรงเรียน ประถมศึกษาของการสาธารณสุข NSW



แบบฟอร์มยินยอมรับการรักษา

โปรดกรอกข้อความทุกหน้า

กรอกเป็นภาษาอังกฤษด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ โดยใช้ปากกาสีดำหรือสีน้ำเงิน โปรดส่งแบบฟอร์มที่กรอกครบถ้วนให้โรงเรียนของบุตรท่าน หากท่านมีคำถามอย่างหนึ่งอย่างใดเกี่ยวกับการกรอกแบบฟอร์มนี้ โปรดติดต่อบริการทันตกรรมสาธารณสุขในท้องถิ่นของท่าน

รายละเอียดของนักเรียน

นามสกุล: (ตามที่ปรากฏในบัตรเมดิแคร์)

ชื่อตัว:

เพศ:

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

วันเดือนปีเกิด:

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

ประเทศที่เกิด:

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

ชื่อโรงเรียน:

ชั้นเรียน:

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

ที่อยู่: (เช่น 5 Smith Lane)

เขต:

รหัสไปรษณีย์:

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

หมายเลขบัตรเมดิแคร์ (เลข 10 ตัว):

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

หมายเลขของเด็กในบัตร:

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

เมดิแคร์หมดอายุวันที่:

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

โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่เกี่ยวข้องกับบุตรของท่าน:

เด็กไม่มีหมายเลขเมดิแคร์:

ภาษาที่พูดที่บ้าน:

อังกฤษ ภาษาอื่น (โปรดระบุ)

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

ภาษาที่ชอบใช้มากกว่า (โปรดระบุ):

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

ประสงค์ใช้ล่ามหรือไม่?

ต้องการ ไม่

สถานภาพคนพื้นเมือง:

- ไม่ใช่ชาวอะบอริจินัลและชาวทอร์เรสสเตรท ไอส์แลนด์
- อะบอริจินัล
- ทอร์เรสสเตรท ไอส์แลนด์
- เป็นทั้งชาวอะบอริจินัลและชาวทอร์เรสสเตรท ไอส์แลนด์

ต้องการผู้แทนอะบอริจินัลที่ได้รับอนุมัติ:

ต้องการ ไม่

รายละเอียดของท่าน - บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง ตามกฎหมาย

นามสกุล:

ชื่อตัว:

ความสัมพันธ์กับเด็ก:

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

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ:

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

ที่อยู่อีเมล:

ข้อมูลทางการแพทย์

โปรดทำเครื่องหมายช่องที่เกี่ยวกับบุตรของท่าน:

บุตรของข้าพเจ้ามีอาการแพ้ (เช่น ลากเท็กซ์และเรซินธรรมชาติ)

ใช่ ไม่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

บุตรของข้าพเจ้ามีปัญหาสุขภาพ

ใช่ ไม่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

บุตรของข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้ยาเป็นประจำ

ใช่ ไม่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

บุตรของข้าพเจ้าพิการ

ใช่ ไม่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

หากท่านตอบใช่ในข้อหนึ่งข้อใดข้างบน โปรดอธิบาย

ข้อมูลทันตกรรม

บุตรของท่านมีปัญหาทันตกรรม (เช่น ฟันผุ) ในอดีตหรือไม่?

ใช่

ไม่

หากท่านตอบใช่ข้างบน โปรดอธิบาย

บุตรของท่านไปหาทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อไร?

น้อยกว่า 12 เดือนที่แล้ว

มากกว่า 12 เดือนที่แล้ว

ไม่เคย

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

บุตรของท่านไปหาทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายที่:

คลินิกทันตกรรมเอกชนรวมทั้งคลินิกทันตกรรมกองทุนสุขภาพ

คลินิกทันตกรรมสาธารณะ/โรงพยาบาลทันตกรรม

สถานที่อื่น

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

โปรแกรมทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับโรงเรียนประถมศึกษาของการสาธารณสุข NSW

โปรดให้ชื่อและรายละเอียดในการติดต่อกับผู้ให้บริการทางทันตกรรมคนล่าสุดของบุตร

บุตรของท่านได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่?

ใช่ ไม่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

บุตรของท่านได้รับการเอ็กซ์เรย์ฟันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่?

ใช่ ไม่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ความยินยอมรับการรักษา

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับโรงเรียนประถมศึกษาของการสาธารณสุข NSW
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าสามารถยกเลิกความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยอ่านคำถามที่ถามบ่อยจากเว็บไซต์: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถามและหาข้ออธิบายข้อมูลที่ได้ โดยติดต่อกับบริการทันตกรรมสาธารณสุขตามหมายเลขที่แนบมาด้วยกับชุดเอกสารนี้ หรือโดยดูจากเว็บไซต์: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าผู้แทนการสาธารณสุขเขตท้องถิ่นจะติดต่อกับข้าพเจ้าเพื่อชี้แจงข้อมูลอย่างหนึ่งอย่างใดที่อยู่ในแบบฟอร์มนี้ และ/หรือปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพปากของบุตรของข้าพเจ้า
- ข้าพเจ้ามีโอกาสได้ดูถ้อยแถลงความเป็นส่วนตัวในเว็บไซต์ของการสาธารณสุข NSW ที่: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ/หรือของบุตรของข้าพเจ้า (รวมทั้งข้อมูลสุขภาพ) อาจถูกเปิดเผยในบางกรณีตามที่ระบุไว้ในถ้อยแถลงนั้น
- ข้าพเจ้าขอแถลงตามความรู้อย่างดีที่สุดว่า ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้ารวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่นใดที่อาจมีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม

โปรดกรอกข้อความดังต่อไปนี้ในช่องการรักษาที่ท่านต้องการให้บุตรของท่านได้รับและเซ็นชื่อ หากท่านไม่เซ็นชื่อการตรวจสอบสุขภาพทันตกรรม การนัดจะไม่เกิดขึ้น

ข้าพเจ้า (ชื่อและนามสกุล)

ในวันที่ (วันที่ของวันนี้)

(ชื่อและนามสกุล)

(วันเดือนปีเกิด)

ได้เซ็นชื่อข้างล่างนี้เพื่อให้ความยินยอมสำหรับบุตรของข้าพเจ้า

เพื่อรับสิ่งต่อไปนี้ตามที่ทางการแพทย์ต้องการ:

การรักษา	คำอธิบาย	ลายเซ็นของบิดาหรือมารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย
การตรวจสุขภาพฟัน	การตรวจครบถ้วนรวมถึงการประเมินปัจจัยการเสี่ยง การประเมินการเจริญเติบโต และการให้ความรู้ด้านสุขภาพปาก หากไม่ยินยอมให้ตรวจสุขภาพฟัน จะไม่สามารถให้การรักษาอย่างอื่นได้	X
เอ็กซเรย์ฟัน (ถ้าจำเป็น)	โดยเฉลี่ย เอ็กซเรย์ฟันขนาดเล็กสองแผ่น	X
การถ่ายภาพทางการแพทย์ (ถ้าจำเป็น)	การถ่ายภาพทางการแพทย์ของฟัน เหงือก ลิ้น แก้มและริมฝีปากภายในปาก (ถ้าจำเป็น)	X
ทำความสะอาดฟัน (ถ้าจำเป็น)	ทำความสะอาดฟันเพื่อจัดระเบียบและ/หรือหินปูน	X
อุดฟัน (ถ้าจำเป็น)	อุดร่องฟันกรามแท้เพื่อช่วยป้องกันฟันผุ	X
เคลือบฟลูออไรด์ (ถ้าจำเป็น)	เคลือบฟลูออไรด์เหนียวที่ฟันเพื่อลดการเสี่ยงฟันผุ	X

ท่านต้องการเข้าร่วมในการนัดของบุตรหรือไม่? ใช่ ไม่

แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยการเสี่ยง

เพื่อช่วยให้เราประเมินฟันของบุตรท่าน โปรดทำเครื่องหมายที่ช่องที่ถูกต้องที่สุด และระบุจำนวนเมื่อจำเป็น

1. ปกติบุตรของท่านดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม คอโรเตียล เครื่องดื่มนักกีฬา เครื่องดื่มบำรุงพลังหรือชาเย็นบ่อยแค่ไหน?

(1 ถ้วย = 250 มล. น้ำอัดลม 1 กระป๋อง = 1.5 ถ้วย
เครื่องดื่มนักกีฬาขวด 500 มล. = 2 ถ้วย)

ทุกวัน
จำนวนถ้วยโดยประมาณต่อวัน:

สองสามครั้งต่อสัปดาห์
จำนวนถ้วยโดยประมาณต่อสัปดาห์:

น้อยครั้งหรือไม่เคยเลย

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

2. บุตรของท่านตามปกติดื่มน้ำบ่อยแค่ไหน?

(1 ถ้วย = 250 มล. หรือหนึ่งถ้วยชาในครัวเรือน
ขวดน้ำขนาด 600 มล. = 2.4 ถ้วย)

ทุกวัน
จำนวนถ้วยโดยประมาณต่อวัน:

สองสามครั้งต่อสัปดาห์
จำนวนถ้วยโดยประมาณต่อสัปดาห์:

น้อยครั้งหรือไม่เคยเลย

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

3. บุตรของท่านตามปกติกินบิสกิตหวาน เค้ก เพสตรี้ หรือสแน็คบาร์บ่อยแค่ไหน?

(สแน็คบาร์รวมถึงมิวสลีย์บาร์ เบิร์คฟาสต์บาร์ และบาร์และบอลโปรตีน/เสริมพลัง)

ทุกวัน
จำนวนโดยประมาณต่อวัน:

สองสามครั้งต่อสัปดาห์
จำนวนโดยประมาณต่อสัปดาห์:

น้อยครั้งหรือไม่เคยเลย

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

4. บุตรของท่านแปรงฟันด้วยยาสีฟันบ่อยแค่ไหน?

น้อยครั้งหรือไม่เคยเลย

น้อยกว่าวันละหนึ่งครั้ง

วันละหนึ่งครั้ง

วันละสองครั้ง

มากกว่าวันละสองครั้ง

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

5. บุตรของท่านใช้ยาสีฟันชนิดไหน?

ยาสีฟันฟลูออไรด์สแตนด์การ์ด

ยาสีฟันฟลูออไรด์เด็ก

ยาสีฟันไม่มีฟลูออไรด์

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

6. ท่านจะจัดลำดับฟันและปากของบุตรท่านอย่างไร?

ไม่ดี

พอใช้

ดี

ดีมาก

ดีเยี่ยม

เอกสารข้อมูลสวัสดิการทันตกรรมสำหรับเด็ก

การดูแลทันตกรรมสำหรับเด็กในรัฐ NSW

เด็กทุกคนสามารถรับบริการทันตกรรมสาธารณะฟรีในรัฐ NSW

เด็กบางคนอาจมีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการทันตกรรมสำหรับเด็ก (CDBS) ของรัฐบาลออสเตรเลีย

ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม เด็กจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานสูงอย่างเดียวกันโดยท่านไม่ต้องจ่ายเงินเลย

CDBS คืออะไร?

CDBS ทำการบริหารโดยรัฐบาลออสเตรเลีย และให้เด็กที่มีสิทธิ์ได้รับบริการทันตกรรมมีมูลค่าถึง \$1,095 ภายในระยะเวลา 2 ปีปฏิทิน

เด็กมีสิทธิ์ได้รับถ้าเขา:

- อายุระหว่าง 0 ปีถึง 17 ปี ภายในวันหนึ่งวันใดในปีปฏิทิน
- มีสิทธิ์ได้เมดิแคร์ และ
- เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ได้รับ Family Tax Benefit Part A หรือเด็กได้รับเงินจากรัฐบาลออสเตรเลียตามรายการโดยผ่าน Department of Human Services ที่

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

ท่านไม่จำเป็นต้องลงทะเบียนบุตรสำหรับ CDBS

บุตรของข้าพเจ้าจะใช้ CDBS อย่างไร?

บุตรของท่านสามารถใช้ CDBS ของเขาได้ที่:

- โครงการจัดที่โรงเรียน
- คลินิกทันตกรรมสาธารณะของรัฐ NSW
- ทันตแพทย์เอกชน

ความยินยอมทางการเงิน

จะไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับท่าน แม้ว่าท่านจะไม่ได้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มความยินยอมทางการเงิน บุตรของท่านจะยังคงได้รับบริการทันตกรรมฟรีจากการสาธารณสุข NSW

แบบฟอร์มความยินยอมทางการเงินเป็นแบบฟอร์มที่แยกจากแบบฟอร์มยินยอมการรักษาสีน้ำเงิน

ถ้าถึงจำนวนเงินที่กำหนด \$1,095 หรือบุตรของท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อไปที่ไม่รวมอยู่ในการครอบคลุมตามกำหนด ท่านจะต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ

สิ่งที่ท่านควรทราบเกี่ยวกับมูลค่าของบริการทันตกรรมสำหรับบุตร

ถ้าท่านให้ความยินยอมทางการเงินเราสามารถเคลมได้จากรัฐบาลคอมมอนเวลท์ จำนวนนี้จะไม่มากกว่า \$622.10 สำหรับค่ารักษาอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่กล่าวมาแล้ว ท่านไม่ต้องจ่ายค่ารักษาใด ๆ

นัดครั้งแรก

มูลค่าสูงสุดที่คาดว่าจะได้รับการรักษาที่อาจเคลมได้ตาม CDBS สำหรับนัดครั้งแรกของบุตรของท่าน มีกำหนดไว้ในรายการข้างล่างนี้:

คำอธิบายการรักษา	รหัสการรักษา	มูลค่าของ CDBS
การตรวจสุขภาพทันตกรรม	88011	\$57.65
เอ็กซ์เรย์ทันตกรรมขนาดเล็กสองแผ่น	88022 x 2	\$33.35 x 2
การทำความสะอาดฟันเพื่อขจัดคราบฟัน	88111*	\$58.90
การทำความสะอาดฟันเพื่อขจัดหินปูน	88114*	\$98.20
การเคลือบด้วยฟลูออไรด์	88121	\$37.85
อุดร่องรอยแยกฟันกรามแท้มากถึง 8 ซี่	88161 x 4 88162 x 4	\$50.45 x 4 \$25.25 x 4
รวมค่ารักษาทั้งหมด		\$622.10

*โปรดทราบว่าสามารถเคลมได้หนึ่งในสองรายการนี้ในการนัดครั้งหนึ่ง

นัดตรวจสอบการรักษา (ถ้าจำเป็น)

มูลค่าสูงสุดสำหรับการรักษาที่อาจเคลมได้ตาม CDBS สำหรับนัดตรวจสอบการรักษาของบุตรมีกำหนดไว้ในรายการข้างล่างนี้:

คำอธิบายการรักษา	รหัสการรักษา	มูลค่าของ CDBS
การตรวจสุขภาพทันตกรรม	88013	\$30.10
การเคลือบด้วยฟลูออไรด์	88121	\$37.85
รวมค่ารักษาทั้งหมด		\$67.95

ถ้าจำเป็นต้องรับการรักษาต่ออีก ท่านจะได้รับการติดต่อจากบริการทันตกรรมสาธารณะ เพื่อหารือเรื่องนี้และมูลค่าของ CDBS สำหรับการรักษาอย่างหนึ่งอย่างใดที่จำเป็น

เด็กทุกคนที่อาศัยอยู่ในรัฐ NSW สามารถได้รับบริการ ทันตกรรมสาธารณะฟรี

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม:

ดูที่ www.health.nsw.gov.au/cdb หรือไปที่เว็บไซต์ของ Department of Human Services ของรัฐบาลออสเตรเลียที่ www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule

ท่านสามารถตรวจสอบการมีสิทธิ์ของบุตรและเงิน CDBS ที่มีผ่านทางบัญชีเมดิแคร์ออนไลน์ที่ my.gov.au หรือโทรหมายเลข 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

ความยินยอมของผู้ป่วยในการจ่ายเงินรวมตามโครงการสวัสดิการทันตกรรมสำหรับเด็ก

ข้าพเจ้า, ผู้ป่วย/ผู้ปกครองตามกฎหมายขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้รับแจ้งว่า:

- การรักษาที่ดำเนินการอยู่หรือจะดำเนินการตั้งแต่วันนี้เป็นไปตามโครงการสวัสดิการทันตกรรมสำหรับเด็ก
- ค่าใช้จ่ายที่เป็นไปได้ของการรักษานี้ และ
- ข้าพเจ้าจะถูกเก็บเงินรวมสำหรับบริการเหล่านี้ตามโครงการสวัสดิการทันตกรรมสำหรับเด็ก โดยมีเงินทุนเพียงพอตามที่จำกัดสำหรับสวัสดิการ และข้าพเจ้าจะไม่ต้องจ่ายเงินเองเพื่อได้รับบริการเหล่านี้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้า/ผู้ป่วยจะได้รับสวัสดิการทางทันตกรรมมากถึงขั้นที่จำกัดผลประโยชน์

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าผลประโยชน์สำหรับบริการบางอย่างอาจมีข้อจำกัด และโครงการสวัสดิการทันตกรรมสำหรับเด็กครอบคลุมถึงบริการที่จำกัด

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าบริการต่าง ๆ จะทำให้ผลประโยชน์จำกัดที่มีอยู่ลดลง

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] / [] []

หมายเลขบัตรเมดิแคร์ของผู้ป่วย
Patient's Medicare number

ลายเซ็นของผู้ป่วย/ผู้ปกครองตามกฎหมาย
Patient / legal guardian signature

ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย
Patient's full name

ชื่อและนามสกุลของผู้ที่เซ็นชื่อ (ถ้าไม่ใช่ผู้ป่วย)
Full name of person signing (if not the patient)

วันที่
Date

แบบฟอร์มนี้มีผลใช้ได้สำหรับปีปฏิทินแรก (ม.ค.-ธ.ค.) ที่บุตรของท่านมีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการทันตกรรม นอกจากว่าท่านถอนความยินยอม



SMR020015

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

100821