

新州卫生部 小学流动牙科项目

新州卫生部将免费为您的孩子提供在校牙科检查。

这套资料包含新州卫生部关于小学流动牙科项目的信息和

- 治疗同意表
- 费用同意表

需要付钱吗？

不用，这是由新州政府免费提供的服务。

您的孩子也可能有条件享受澳大利亚政府的儿童牙科福利计划（CDBS），这个计划跟Medicare类似。如果您签署了CDBS同意表，澳大利亚政府允许我们代您报销这项牙科护理费用。如果您的孩子不符合条件，新州卫生部将免费提供护理服务。

我们建议您签署CDBS费用同意表，因为这有助于我们在新州提供牙科护理服务，但这并不是强制性的。

治疗须知

治疗包括哪些内容？

如果您同意，您的孩子可能会接受：

治疗	说明
牙科检查	全面检查，包括：风险因素评估、口腔保健教育和发育情况评估（测量身高和体重并计算身体质量指数——BMI）。作为良好临床护理的一环，所有小学生在接受牙科检查时都要接受发育情况评估，这是新州卫生部公共牙科诊所的标准流程。
牙科X光检查 (如有需要)	两张小型牙科X光片（如有需要）——拍摄牙齿内部和牙龈下方，以检查恒牙的生长情况。
临床影像检查 (如有需要)	（有需要时）口腔内牙齿、牙龈、舌头、脸颊和嘴唇临床拍片。
洁牙 (如有需要)	洁牙以去除牙菌斑和/或牙结石。
补牙缝 (如有需要)	封闭恒磨牙的窝沟，以帮助防止蛀牙。
牙齿涂氟 (如有需要)	牙齿涂氟，以减少蛀牙的风险。

建议您访问网站，阅读关于您孩子可能接受的治疗的更多信息，或按背页联系方式跟地方卫生区联系。

您需要做的是：

1. 阅读本资料包中的所有信息
2. 填写英文的同意表
3. 签署治疗同意表
4. 填写风险因素信息调查表
(这有助于我们按您孩子的个人情况提供护理服务)
5. 阅读儿童牙科福利计划信息表
6. 签署儿童牙科福利计划统一付账患者同意表（可选项）
7. 尽快将同意表交回您孩子的学校

如果您的孩子已经定期去看牙了怎么办？

如果您孩子有定期接受私人牙科护理，我们建议继续接受护理。在新州，所有儿童都可以在公共牙科诊所免费看牙。公共牙科诊所同时提供普通和紧急牙科服务。

我的孩子出现牙科急症怎么办？

如果出现以下症状，您的孩子就可能需要紧急牙科护理：

- 脸部肿胀
- 口腔肿胀
- 口腔持续出血
- 发生事故导致口腔或牙齿受伤
- 牙痛（如牙齿、口腔、牙龈或下颌疼痛）

请打电话咨询当地的公共牙科诊所。下班时间，请带孩子去公立医院看急诊。

要想知道住处所属的地方卫生区（LHD），请扫描下面的二维码：

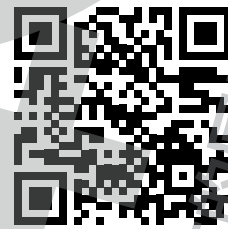


新州卫生部小学流动牙科项目相关咨询

如果需要了解新州卫生部小学流动牙科项目详情，包括：

- 常见问题
- 治疗信息
- 我们的隐私声明
- 个人信息使用方式

请访问 www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental 或扫描下面的二维码：



需要口译服务吗？

如果您需要口译员协助您填写这些表格，请拨打以下任何一个电话号码。

地方卫生区	电话
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

风险因素信息调查表

为了帮助我们评估您孩子的牙齿，请在最合适的方框内打勾，并在需要时说明数量。

1. 您的孩子通常多长时间喝一次加糖甜饮料，如软饮料、浓缩甜果汁 (Cordial)、运动饮料、能量饮料或冰茶？

(1杯=250毫升。1罐软饮料=1.5杯。
一瓶500毫升的运动饮料=2杯)

每天
一天大约喝多少杯：

每周数次
一周大约喝多少杯：

很少喝，或者从来不喝

不知道/不确定

2. 您的孩子通常多久喝一次水？

(1杯=250毫升，即家用茶杯一杯。
一瓶600毫升的水=2.4杯)

每天
一天大约喝多少杯：

每周数次
一周大约喝多少杯：

很少喝，或者从来不喝

不知道/不确定

3. 您的孩子通常多久吃一次甜饼干、蛋糕、糕点或零食棒？

(零食棒包括麦片棒、早餐棒和蛋白质/能量棒和能量球)

每天
每天的大概数量：

每周数次
每周的大概数量：

很少吃，或者从来不吃

不知道/不确定

4. 您的孩子多长时间用牙膏刷牙？

很少刷牙，或者从来不刷牙

每天少于一次

每天一次

每天两次

每天两次以上

不知道/不确定

5. 您的孩子使用什么类型的牙膏？

标准加氟牙膏

儿童加氟牙膏

不加氟牙膏

不知道/不确定

6. 您如何评价您孩子的牙齿和口腔？

差

一般

好

很好

极好

儿童牙科福利计划信息单张

新州儿童牙科护理

在新州，所有儿童都可以接受免费的公共牙科服务。

有些儿童也可能有条件享受澳大利亚政府的儿童牙科福利计划（CDBS）的服务。无论哪种方式，他们都可以得到同样高标准的护理，而您不需要自付费用。

什么是CDBS?

CDBS由澳大利亚政府管理，符合条件的儿童可在两个日历年内获得价值高达1,026元的牙科服务。

下列情况的儿童符合条件：

- 在该日历年的一天，年龄为0至17岁，并且
- 有条件享受国民保健（Medicare），并且
- 属于领取 Family Tax Benefit Part A 的家庭，或者该儿童领取 Department of Human Services在这个网页上列出的补贴：
<https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

您不需要为孩子注册CDBS。

我的孩子怎样使用CDBS?

您的孩子可以在以下场合使用CDBS：

- 在学校提供服务的项目，
- 新州公共牙科诊所，或者
- 私人牙科医生。

财务同意表

您不需要自付费用。即使您不在财务同意表上签字，您的孩子仍可以得到新州卫生部的免费牙科治疗。财务同意书是跟蓝色治疗同意表分开的一份表格。

如果达到1,026元的上限，或者孩子需要超出承保范围的进一步治疗，您也不需要自付费用。

关于您孩子的牙科治疗金额您需要知道什么

如果您签署财务同意表，我们就可以向联邦政府申请报销。对于上文所述的治疗，报销金额不会超过582.85元。您不必支付任何治疗费。

首次预约

下表列出了您孩子首次就诊时，根据CDBS可以申请报销的预期最高治疗金额：

治疗项目	治疗项目代码	CDBS金额
牙科检查	88011	\$54.05
两张小型牙科X光片	88022 x 2	\$31.25 x 2
洁牙以清除牙菌斑	88111*	\$55.20
洁牙以去除牙结石	88114*	\$92.05
涂抹氟化物保护层	88121	\$35.45
补牙缝，最多8颗	88161 x 4	\$47.25 x 4
恒磨牙的牙槽	88162 x 4	\$23.65 x 4
总费用		\$582.85

*请注意，在每次预约中这两个项目只能报销其中一个。

复诊（如果需要）

下表列出了您孩子复诊时，根据CDBS可以申请报销的预期最高治疗金额：

治疗项目	治疗项目代码	CDBS金额
牙科检查	88013	\$28.20
涂抹氟化物保护层	88121	\$35.45
总费用		\$63.65

如果需要进一步治疗，公共牙科服务机构会跟您联系，商量这件事情以及所需治疗的CDBS金额。

居住在新州的所有儿童都可以接受免费的公共牙科服务。

如果需要了解更多信息：

请访问 www.health.nsw.gov.au/cdbs，或者访问澳大利亚政府 Department of Human Services 的下列网页：
www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule

如果要查询孩子是否符合条件以及 CDBS 余额，可以通过您的 Medicare 在线账户 my.gov.au 或打电话 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

**儿童牙科福利计划成批付费
患者同意书**

我，患者/法定监护人，证明我已经被告知下列信息：

- 已经或将要根据儿童牙科福利计划提供的治疗。
- 治疗的大概费用；以及
- 在按照福利上限还有足够资金的情况下，根据儿童牙科福利计划提供的服务将采用成批付费（Bulk bill）的付款方式，我不用自付费用。

我明白，我/患者只能获得不超过福利上限的牙科福利。

我明白，某些服务项目的福利可能有限制，儿童牙科福利计划只包含有限的服务项目。

我明白，服务费用将减少可用的福利上限。

/

患者的国民保健（Medicare）号码
Patient's Medicare number

患者/法定监护人签名
Patient / legal guardian signature

患者全名
Patient's full name

签字人全名（如果不是患者本人）
Full name of person signing (if not the patient)

____ / ____ / ____
日期
Date

除非您撤回同意，否则本表在您的孩子首次接受符合条件的牙科服务的第一个完整日历年（1-12月）内有效。



SMR020015

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

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015

100821