



免费牙科护理



dental health
services victoria



Smile Squad免费中小学牙科护理计划

Smile Squad不久将前往你孩子的学校。

维多利亚州政府向所有维多利亚州公立学校学生免费提供中小学牙科护理计划。请签署并交回这份资料，确保你的家庭不会错过这项服务。

所有学生均可获得：

- 一次免费牙科检查
- 保持牙齿健康的预防性服务
- 普通治疗（如果需要）

如需更多信息或填写表格方面的帮助，你可以：

- 发电子邮件至：smilesquad@dhsv.org.au
- 拨打电话：1300 503 977
- 访问网站：
www.health.vic.gov.au/smile-squad

你需要做的事：

- 1 阅读这份资料里的所有信息。
- 2 用英文填写并签署所有表格：
 - 同意书（第4页）
 - 学生信息（第5页）
 - 儿童牙科福利计划全额公费报销患者同意书（选填）（第6页）
 - 医疗历史（第7页）
 - 口腔卫生调查问卷（第8页）
- 3 请尽快将这些表格交回你孩子的学校。
- 4 请保存这份资料里的所有其它信息，以备今后参考。

请用大写字母工整填写表格。



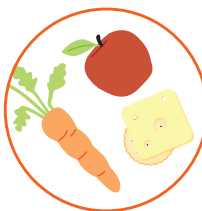
同意书有其它语言版本可供参考。

请访问网站www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad或扫描二维码查找表格译文。

请只提交英文版表格。



良好饮食，正确清洁



选择新鲜食品，限制含糖食品、饮料和甜食



多喝自来水



早晚用含氟牙膏刷牙

需要付费吗？

不需要。这是维多利亚州政府为所有学生提供的免费服务。

反馈

请随时向我们告知你的看法（无论好坏）。你可以将反馈意见用电子邮件发到smilesquad@dhsv.org.au

牙科服务

Smile Squad使用具备资质的专业人员向维多利亚州公立学校学生提供免费牙科服务。

牙科检查

牙科检查包括检查牙齿、牙龈、下巴和口腔。

好处：大多数口腔疾病/牙齿问题在早期不会造成疼痛。经常检查是及早发现问题的最佳方式。一旦了解情况，我们就能计划后续治疗。

如果你同意，学生可能会获得以下对他们有益的服务：

牙齿X光检查

X光机利用射线拍摄人体内部的影像。

我们将小胶片放进口腔，拍摄牙齿X光片。

好处：X光检查为我们提供肉眼无法看见的牙齿信息。X光检查能发现蛀牙、感染和其它问题。

风险：X光检查很安全。牙科检查通常接触的X射线的辐射强度比飞机旅行中接触的还要低。

牙齿涂氟

牙齿涂氟是一种预防性治疗，至少每六个月进行一次效果最佳。

往牙齿上涂氟很简单，通常只需要几分钟。氟化物会粘在牙齿上，直到刷牙时被刷下来。

好处：氟化物是一种常见矿物质，有助于使牙齿坚固并帮助防止蛀牙。氟化物涂层可以防止蛀蚀开始，并减慢蛀蚀速度。

风险：有些人可能会对氟化物涂层的某种成分过敏，但这种情况极少见。对松香、酪蛋白（牛奶蛋白）过敏或有严重哮喘的学生可能无法接受牙齿涂氟。

窝沟封闭

封闭剂是一种涂料，涂在牙槽（窝沟）内。封闭剂通常涂在白齿上。

好处：封闭剂覆盖牙槽，防止食物和细菌粘在牙槽里。这会防止牙槽里出现蛀蚀并扩散。

大多数封闭剂的材料中含氟化物。封闭剂会随着时间磨损，可能需要补充或更换。

洗牙

刷牙无法去除牙结石（矿化菌斑）或顽固色渍时，牙齿可能需要额外的清洗。

好处：清除刺激牙龈的牙结石，能减少发生牙龈疾病的风险。

后续治疗

如果需要额外的治疗，Smile Squad会和你讨论此事并征得同意。

常见问题解答

父母、法定监护人或照顾者是否需要参加学生的就诊？

父母、法定监护人或照顾者可以参加，但这并非必须。

如果你希望参加，请联系Smile Squad告知。

如果需要更多治疗，我们可能会请父母、法定监护人或照顾者参加就诊。

如果学生最近接受过牙科治疗怎么办？

最近看过牙医的学生可以让Smile Squad再看一次。他们可能不需要X光检查和其它预防性服务。

Smile Squad出诊时，学生正好不在学校，该怎么办？

如果学生不在学校，我们会在其它时间为他们诊治，他们也可以到本地社区牙科诊所来接受诊治。这些服务仍然是免费的。

如需寻找附近的社区牙科诊所，请访问：

www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

谁能给予同意？

父母、法定监护人者或成熟的未成年人可以填写这些表格给予同意。

临床医师必须确信儿童对其病症及所提议治疗的风险、好处和可能的并发症有充分的理解，能够给予知情同意，才能将儿童视为成熟的未成年人。

学生可被视为有能力做出一些牙科治疗方面的决定，但不包括其它决定。如果医师认为某个中学生不是成熟的未成年人，他们会向父母或法定监护人征求同意。

儿童牙科福利计划（CDBS）

有些儿童可能有资格通过Medicare享受澳大利亚政府的儿童牙科福利计划（CDBS）。

如果你在CDBS同意书上签名，澳大利亚政府允许我们代你为此牙科护理提出申领。

什么是儿童牙科福利计划（CDBS）？

CDBS是一项Medicare计划，为符合条件的0到17岁儿童提供两年基本牙科护理。

学生可以将他们的CDBS用于：

- Smile Squad的服务
- 维多利亚州公立牙科诊所
- 私人牙科诊所

Smile Squad将为符合条件的儿童使用CDBS。

即使你不在CDBS同意书上签名，学生仍然会得到Smile Squad提供的免费牙科护理。**你无需付费。**

我们希望你在全额公费报销CDBS同意书上签名，允许Smile Squad从Medicare申领费用。这有助于我们向更多维多利亚州居民提供牙科护理。

全额公费报销费用（供参考）

Medicare要求我们向你提供这些信息。如果你使用CDBS，以下数额将从你的CDBS福利限额中扣除：

服务	CDBS全额公费报销费用	你支付的费用
牙科检查	\$59.60	\$0.00
牙齿X光检查（如果需要）	每次X光\$34.50	\$0.00
窝沟封闭（如果需要）	每颗牙齿（最多）\$52.15	\$0.00
洗牙（如果需要）	取决于需要的清洗程度（最多）\$101.55	\$0.00
对所有牙齿涂氟（如果需要）	每次\$39.15 (12个月内最多涂两次)	\$0.00

隐私

维多利亚州牙科健康服务处（DHSV）与本地牙科诊所合作开展Smile Squad计划。DHSV负责Smile Squad患者信息记录。DHSV尊重你的隐私，致力于保护你的信息。我们将根据《健康记录法》和《隐私和数据保护法》处理你的信息。

有时，我们会为了Smile Squad的研究和评估目的以及改进我们的服务而收集数据和反馈意见。我们在此过程中会将你的身份保密。

我们需要在DHSV、教育部及卫生部等政府机构之间共享匿名信息。这是为了让我们共同了解维多利亚州所有中小学生的口腔健康情况。我们会删除所有身份信息。

请访问www.dhsv.org.au/privacy阅读DHSV的完整隐私声明，或扫描以下二维码：



权利和责任

你可在澳大利亚医疗保健安全与质量委员会网站上查阅你的医疗保健权利。

校名：_____ 年级/班级（例如：2B）：_____

学生全名：_____ 学生出生日期：____/____/____

我同意上述学生参加Smile Squad中小学牙科护理计划。

我同意学生接受以下服务：

牙科检查 ☐ 是 ☐ 否

注：你必须同意接受牙科检查，才能获得任何其它服务。

牙齿X光检查（如果需要） ☐ 是 ☐ 否 窝沟封闭（如果需要） ☐ 是 ☐ 否

牙齿涂氟（如果需要） ☐ 是 ☐ 否 洗牙（如果需要） ☐ 是 ☐ 否

我们正在培训下一代口腔健康专业人员。牙科/口腔健康专业学生可能在具备资质的Smile Squad临床医师的监督下为学生提供服务。

你是否同意牙科/口腔健康专业学生为学生提供服务？ ☐ 是 ☐ 否

我确认，我已尽我所知向Smile Squad提供了开展适当护理所需的所有相关健康和个人信息。

给予同意即说明，我确认我已阅读本同意书和这份资料里的信息。

我已获得足够的信息来理解以下内容：

牙科服务

我知道Smile Squad提供的牙科服务种类，包括相关好处和风险、提供服务的地点，以及提供服务的人员。所有提供的服务都是免费的。

牙科服务之后的护理

我知道，如果学生接受牙科服务后在学校感到不适，或者需要无法在学校进行的额外护理，Smile Squad临床医师或学校工作人员会联系父母、法定监护人或照顾者。

隐私

我已阅读并理解这份资料里的隐私信息，并承认该计划管理学生医疗保健信息的方式。

父母/监护人/学生*签名：_____

父母/监护人/学生*全名：_____ 日期：____/____/____

* 年满18岁的学生，以及就获取牙科服务而言被视为成熟的未成年人的学生，可以由本人给予同意。本同意书自签名日期起12个月有效。

校名: 年级/班级 (例如2B):

学生信息

名字: 姓氏:

性别: 男 女 其他, 请说明 出生日期: / /

学生希望使用什么人称代词? (选填项)

地址:

区: 邮编:

如果是学生本人给予同意, 请包括:

电话号码: 电子邮件:

父母/监护人信息

其他父母/监护人的信息 (选填项)

名字: 名字:

姓氏: 姓氏:

与学生的关系: 与学生的关系:

电话号码: 电话号码:

电子邮件: 电子邮件:

学生是不是原住民或托雷斯海峡岛民?

- ☐ 不是, 既不是原住民, 也不是托雷斯海峡岛民
- ☐ 原住民
- ☐ 托雷斯海峡岛民
- ☐ 原住民和托雷斯海峡岛民
- ☐ 不想说

学生是不是寻求庇护者或难民?

- ☐ 不是, 既不是寻求庇护者, 也不是难民
- ☐ 难民
- ☐ 寻求庇护者
- ☐ 不想说

是否需要口译员? 是 否

首选语言:

学生是否在澳大利亚出生? 是 否, 学生是在哪个国家出生的?

如果学生没有Medicare卡, 请将本部分留空。

学生的Medicare卡号:

个人参考号:

有效期至:





Australian Government
Department of Health

儿童牙科福利计划
全额公费报销患者同意书

我是患者/法定监护人，特此证明，我已被告知：

- 根据儿童牙科福利计划已经提供或从今日起将提供的治疗；
- 可能的治疗费用；以及
- 根据儿童牙科福利计划我将获得服务的全额公费报销，而且只要福利限额中仍有足够的资金，我就无需为这些服务自付费用。

我知道，我/患者只能获得福利限额以下的牙科福利。

我知道，一些服务的福利可能有限制，儿童牙科福利计划只涵盖有限的服务范围。我知道，我需要自己支付儿童牙科福利计划不涵盖的任何服务的费用。

我知道，服务费用会使可用的福利限额减少，福利限额一旦用完，我就需要自己支付任何额外服务的费用。

参考号：

患者的Medicare号码

患者/法定监护人签名

患者全名

签名者全名
(如果不是患者)

日期

本同意书有效期至签名当年的12月31日。

学生是否有任何已知的过敏？

☐ 是☐ 否

如果有：

☐ 抗生素

☐ 酪蛋白（牛奶蛋白）

☐ 松香

☐ 食物

☐ 乳胶或胶带

☐ 其它药物

☐ 其它

学生目前是否在使用任何药物？

☐ 是☐ 否

如果是，请说明药物名称、剂量和用药频率

学生是否有任何肺部疾病？

☐ 是☐ 否

如果有：

☐ 哮喘

如果曾住院，请说明年月

☐ 肺部疾病

☐ 结核病

☐ 其它

学生是否有心脏（心血管）疾病？

☐ 是☐ 否

如果有：

☐ 心脏缺陷

☐ 心脏手术

☐ 风湿性心脏病

☐ 低血压或高血压

☐ 出血过多或血液疾病

☐ 其它

学生是否有任何感官、认知疾病或额外需求（残疾）？

☐ 是☐ 否

如果有：

☐ 焦虑或抑郁

☐ 注意力缺陷障碍

☐ 自闭症谱系障碍

☒ 身体（包括需要轮椅出入）

☐ 智力

☐ 视觉或听力障碍

☐ 其它

学生是否有任何其它健康或医疗病症？

☐ 是☐ 否

如果有：

☐ 1型糖尿病

☒ 2型糖尿病

☐ 癌症

☐ 慢性病
(例如中风、关节炎)

☐ 肾病

☒ 肝病

☐ 癫痫

☐ 其它手术
(例如移植手术、人工关节)

☐ 其它

学生是否可能怀孕了？

☐ 是☐ 否☐ 不适用

学生是否使用烟草产品（吸烟）或吸电子烟？

☐ 是☐ 否☐ 不适用

如果是：

☐ 吸烟

☐ 吸电子烟

☐ 其它

学生是否喝酒？

☐ 是☐ 否☐ 不适用

如果以上任何问题的答案是其它，请说明。

我们询问以下问题,是为了更好地了解学生,以便为他们制定最好的护理计划。

学生是否有口腔疼痛(例如,因为牙齿问题难以入睡)?

☐ 是☐ 否

学生是否因为牙齿或口腔问题而饮食有困难?

☐ 是☐ 否

学生是否因为牙齿或口腔问题而难以清楚说话?

☐ 是☐ 否

学生是否曾因为牙齿或口腔问题而无法上学或参加其它活动?

☐ 是☐ 否

学生是否因为牙齿或口腔问题而不在其他学生面前笑或露出牙齿?

☐ 是☐ 否

学生以前是否检查过牙齿?

☐ 是☐ 否

如果检查过,是否知道日期?

过去三年内,学生是否曾因为蛀牙而补牙或拔牙?

☐ 是☐ 否☐ 我不清楚

学生喝果汁、软饮料或果汁饮料等含糖甜饮料的频率如何?

☐ 每天三次或以上

☐ 每天一两次

☐ 每周数次

☐ 几乎从不喝

学生用牙膏刷牙的频率如何?

☐ 每天一次(早晨)

☐ 每天一次(晚上)

☐ 每天两次

☐ 少于每天一次

☐ 每天超过两次

学生上一次看牙医期间或之后是否有任何恐惧或敏感或负面体验,需要让我们了解?

☐ 是☐ 否

学生是否采用任何方法或支持手段来帮助自己更好地适应牙科诊治?例如,喜欢的玩具、iPhone手机应用程序、书籍

☐ 是☐ 否

(如果有,请在下方说明,并在下一次就诊时把东西带来)

与学生同住的任何家庭成员或其他人是否有严重的牙齿和/或牙龈问题?

☐ 是☐ 否☐ 我不清楚

在我们为学生进行牙齿和口腔检查之前,你是否还有任何其它信息要告诉我们?

☐ 是☐ 否

如果有,请在下方说明。