



免費牙科服務



dental health
services victoria



Smile Squad 免費學校牙科服務計劃

Smile Squad很快將來到您的學校。

本學校牙科服務計劃是由維州政府向所有維州公立學校學生免費提供的。請簽署並交回此資料包，確保您的家庭不會錯過機會。

所有學生都可獲得：

- 一次免費牙科檢查
- 保護牙齒健康的防治措施
- 常規性治療（如有需要）

如需更多詳情或填寫表格需要幫助，您可以：

- 發送電郵：smilesquad@dhsv.org.au
- 撥打電話：1300 503 977
- 瀏覽網站：
www.health.vic.gov.au/smile-squad

您需要做的事：

- 1 詳閱本資料包中的所有資訊。
- 2 以英文填寫並簽署下列所有表格：
 - 同意書（第4頁）
 - 學生資料（第5頁）
 - 兒童牙科福利計劃公費報銷病患同意書（選填）（第6頁）
 - 醫療史（第7頁）
 - 口腔衛生問卷（第8頁）

- 3 請將這些表格儘快交回至學校。

- 4 保留本資料包中的所有其他資料，以備參考。

請用英文大寫字母填寫表格。



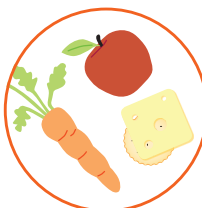
同意書有多種語言版本供參考。

瀏覽網站：www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad或掃描QR碼以獲取翻譯版表格。



請只填寫並交回英文版表格。

注重飲食，正確清潔



選擇新鮮食物、
限制含糖食物、
飲料和甜食



多喝自來水



早晚用含氟牙膏
刷牙

需要付費嗎？

不用。這是由維州政府為所有學生提供的一項免費服務。

意見回饋

請隨時告訴我們您的意見（不論好壞）。您可以將意見回饋透過電郵發送至smilesquad@dhsv.org.au。

牙科服務

Smile Squad的有資質的專業人員為維州公立學校學生提供免費牙科服務。

牙科檢查

牙科檢查包括檢查牙齒、牙齦、下巴和口腔。

益處：大部分口腔疾病或牙齒問題在初期不會產生疼痛。定期檢查是及早發現問題的最佳方式。一旦我們了解情況，就能規劃後續治療。

若您同意，我們可能提供以下有益於學生的服務：

牙齒X光檢查

X光機透過輻射來產生身體內部情形的圖像。

我們用放進口腔內的小膠片來拍攝牙齒X光片。

益處：X光檢查可以呈現肉眼看不到的牙齒情形。X光可以找出蛀牙、感染和其他問題。

風險：牙齒X光檢查非常安全。我們一般拍攝X光的輻射劑量比乘飛機接觸的輻射還要低。

塗抹含氟塗料

含氟塗料是一種預防性治療，至少每半年塗一次的效果最好。

在牙齒表面塗含氟塗料非常簡單，通常只要幾分鐘。含氟塗料會留在牙齒表面，直到您下次刷牙。

益處：氟化物是一種常見礦物質，有助強化牙齒並預防蛀牙。含氟塗料可以阻止蛀牙的發生，也可以減緩蛀牙發生的速度。

風險：雖然很少見，但有些人會對含氟塗料中的成份過敏。如果學生對松香／樹脂、酪蛋白（牛奶蛋白）過敏，或有嚴重哮喘，則不適合使用含氟塗料。

溝隙封閉劑

封閉劑是塗在牙齒凹槽（溝隙）的塗層。通常塗在白齒上。

益處：封閉劑覆蓋住牙齒的凹槽，防止食物和細菌卡在裡面。有助防止蛀牙在凹槽發生和擴散。

大部份封閉劑材料含有氟。密封劑會隨著時間而耗損，可能需要補充或更換。

洗牙

當刷牙無法去除牙結石（硬化牙菌斑）或頑固污漬時，就可能需要額外清洗。

益處：因為牙結石會刺激牙齦，去除牙結石有助降低牙齦疾病的風險。

後續治療

如果需要更多治療，Smile Squad會提出討論並徵求同意。

常見問題

家長、法定監護人或照護者是否必須陪同出席學生的就診？

家長、法定監護人或照護者如願意，可以陪同出席就診，但並沒有強制規定。

如果您希望陪同出席，請告知Smile Squad。

如果需要更多治療，我們可能會邀請家長、法定監護人或照護者陪同。

如果學生最近接受過牙科治療，怎麼辦？

如果學生最近接受過牙科治療，還是可以讓Smile Squad檢查。他們可能不需要照X光和其他預防服務。

如果Smile Squad來訪時，學生沒來學校怎麼辦？

如果學生沒來學校，我們會改天提供服務，或學生可以前往附近的社區牙科診所使用我們的服務。這些服務仍是免費的。

查詢離您最近的社區牙科診所：www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search。

誰能給予同意？

家長、法定監護人或成熟未成年人可以填寫這些表格並給予同意。

醫生必須確信：學生充分了解自身病況、建議治療的風險、益處和可能的併發症，能夠給予知情同意，該學生方能被視為成熟未成年人。

學生可能可以為部份牙科治療做決定，但不能做其他決定。如果醫生不認為中學年紀的學生是「成熟未成年人」，就會徵求家長或法定監護人的同意。

兒童牙科福利計劃（Child Dental Benefits Schedule，簡稱：CDBS）

部份學生可能可以透過Medicare使用澳洲政府的兒童牙科福利計劃（CDBS）。

如您簽署CDBS同意書，澳洲政府就會允許我們代表您就此牙科護理報銷費用。

兒童牙科福利計劃（CDBS）是什麼計劃？

CDBS是一項Medicare計劃，為0–17歲的合資格兒童提供為期兩年的基本牙科護理。

公費報銷費用參考

Medicare規定我們必須向您提供以下資訊。如果您使用CDBS，這些金額將從您的CDBS福利額度中扣除：

服務	CDBS報銷費用	您自付的費用
牙科檢查	\$59.60	\$0.00
牙齒X光檢查（如有需要）	每次X光檢查\$34.50	\$0.00
溝隙封閉劑（如有需要）	每顆牙（最多）\$52.15	\$0.00
洗牙（如有需要）	視所需要的清洗而定，（最多）\$101.55	\$0.00
所有牙齒塗含氟塗料（如有需要）	每次\$39.15 （12個月內最多塗兩次）	\$0.00

隱私

維州牙科衛生服務（Dental Health Services Victoria，簡稱：DHSV）與社區牙科診所合作實施Smile Squad服務。DHSV負責Smile Squad的病患文件記錄。DHSV尊重您的隱私，並致力保護您的資料。我們將會依照《健康紀錄法》及《隱私和數據保護法》的規定來處理您的資料。

在適當時候，我們將會收集數據和反饋意見，用於Smile Squad研究及評估並改善我們的服務。我們這樣做時，會保持您的匿名身份。

我們需要和DHSV、教育部及衛生部等政府機構共享匿名資料。這樣做有利我們共同瞭解維州所有在校學生的口腔健康。我們會移除所有的身份識別資料。

學生可以使用CDBS：

- 接受Smile Squad的服務
- 於維州公立牙科診所看診
- 於私人牙科診所看診

Smile Squad會為合資格的學生使用CDBS。

即使您並未簽署CDBS同意書，所有學生仍可接受Smile Squad所提供的免費牙科服務。**您不需要付費。**

建議您簽署公費報銷CDBS同意書，允許Smile Squad向Medicare報銷費用。這有助我們為更多維州居民提供牙科護理。

請瀏覽網站：www.dhsv.org.au/privacy或掃描下方QR碼，查閱DHSV的完整隱私聲明：



權利和責任

您可以在澳洲醫療保健安全與品質委員會的網站查看您的醫療保健權利。

學校名稱：_____ 年級／班級（例如：2B）：_____

學生姓名：_____ 學生出生年月日：____ / ____ / ____

我同意上述學生參與Smile Squad學校牙科計劃。

我同意該學生接受下列服務：

牙科檢查 ☐ 是 ☐ 否

附註：您必須同意牙科檢查，方可使用其他服務。

牙齒X光檢查（如有需要） ☐ 是 ☐ 否

溝隙封閉劑（如有需要） ☐ 是 ☐ 否

含氟塗料（如有需要） ☐ 是 ☐ 否

洗牙（如有需要） ☐ 是 ☐ 否

我們正在培訓下一代的口腔衛生專業人員。學生可能會在合格的Smile Squad醫生的監督下，由牙科/口腔衛生學生進行診治。

您是否同意學生由牙科/口腔衛生學生進行診治？ ☐ 是 ☐ 否

我確認，我已盡我所知向Smile Squad提供了為供應合適護理所需的所有相關健康和個人資料。

給予同意時，我同意我已經閱讀此同意書及本資料包中的資料。

我有充足的資訊來了解以下內容：

牙科服務

我理解Smile Squad提供的牙科服務的類型，包括涉及的益處和風險、提供服務的地點和服務提供者。所提供的各項服務均免費。

牙科服務後的護理

我理解如果學生在接受牙科服務後在校出現不適，或需要無法在學校處理的額外護理，Smile Squad醫生或學校工作人員可能會聯絡家長、法定監護人或照護者。

隱私

我已經閱讀並理解了本資料包中的隱私資訊，並認可該計劃將如何管理學生的醫療保健資料。

家長／監護人／學生*簽名：_____

家長／監護人／學生*姓名：_____ 日期：____ / ____ / ____

*年滿18歲的學生以及在獲得牙科服務上被視為「成熟未成年人」者，可以自行給予同意。本同意書自簽署日起12個月內有效。





Australian Government
Department of Health

兒童牙科福利計劃
公費報銷病患同意書

本人，患者／法定監護人，證明我已被告知：

- 根據兒童牙科福利計劃，已經提供或從此日期起將要提供的治療
- 該項治療可能的費用
- 服務的費用將根據兒童牙科福利計劃進行報銷，只要福利限額內還有充足資金，我將不會為這些服務自付費用。

我了解我／患者只能獲取不超過福利限額的牙科福利。

我了解有些服務的福利可能有限制，且兒童牙科福利計劃涵蓋的服務範圍有限。我了解我必須自行支付兒童牙科福利計劃未涵蓋的所有服務費用。

我了解服務費用會從可用的福利額度中扣除，一旦福利額度扣完，我需要自行支付任何額外的服務費用。

參考號#

患者的Medicare號碼

患者／法定監護人簽字

患者姓名

簽字人姓名
(如非患者本人)

日期

本同意書有效期至簽署當年的12月31日。

學生是否有任何已知的過敏？

☐ 是☐ 否

如回答「是」：

☐ 抗生素☐ 酪蛋白（牛奶蛋白）☐ 松香／樹脂☐ 食物

☐ 乳膠或膠帶☐ 其他藥物☐ 其他

學生是否正在使用任何藥物？

☐ 是☐ 否

如回答「是」，請列出藥物名稱、劑量及使用頻率

學生是否有任何肺部問題？

☐ 是☐ 否

如回答「是」：

☐ 哮喘☐ 如曾經住院，請列出月份和年份

☐ 肺部問題☐ 結核病☐ 其他

學生是否有心臟（心血管）問題？

☐ 是☐ 否

如回答「是」：

☐ 心臟缺陷☐ 心臟手術☐ 風濕性心臟病

☐ 低血壓或高血壓☐ 過量出血或血液疾病☐ 其他

學生是否有任何感官、認知問題或額外需求（殘疾）？

☐ 是☐ 否

如回答「是」：

☐ 焦慮症或憂鬱症☐ 注意力缺陷障礙☐ 自閉症譜系障礙☐ 生理障礙（包括需要輪椅通道）

☐ 智力☐ 視力或聽力障礙☐ 其他

學生是否有其他健康或醫療問題？

☐ 是☐ 否

如回答「是」：

☐ 1型糖尿病☐ 2型糖尿病☐ 癌症☐ 慢性醫療問題（如：中風、關節炎）

☐ 腎臟疾病☐ 肝臟疾病☐ 痙攣或癲癇☐ 其他手術（例如：移植、人工關節）

☐ 其他

學生是否可能有身孕？

☐ 是☐ 否☐ 不適用

學生是否使用菸草製品（吸菸）或電子菸？

☐ 是☐ 否☐ 不適用

如回答「是」：

☐ 吸菸☐ 吸電子菸☐ 其他

學生是否喝酒？

☐ 是☐ 否☐ 不適用

如果您對以上任何問題的回答為其他，請提供說明。

以下的問題有助我們更加了解學生，以便制定最合適的計劃。

學生是否有口腔疼痛的情形（例如：因為牙齒問題而睡不著覺）？

☐ 是 ☐ 否

學生是否因為牙齒或口腔的問題造成飲食困難？

☐ 是 ☐ 否

學生是否因為牙齒或口腔的問題而說話不清晰？

☐ 是 ☐ 否

學生是否因為牙齒或口腔的問題而沒去上學或錯過其他活動？

☐ 是 ☐ 否

學生是否因為牙齒或口腔的問題，不在其他學生面前微笑、大笑或露出牙齒？

☐ 是 ☐ 否

學生之前是否做過牙齒檢查？

☐ 是 ☐ 否

如回答「是」，請提供
日期（如知道）

最近三年內，學生是否曾因蛀牙而補牙或拔牙？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不確定

學生喝含糖飲料（例如：果汁、汽水或調味糖漿飲料）的頻率是？

☐ 一天三次以上
☐ 一天一到兩次
☐ 一週幾次
☐ 幾乎不喝

學生用牙膏刷牙的頻率是？

☐ 一天一次（早上）
☐ 一天一次（晚上）
☐ 一天兩次
☐ 一天不到一次
☐ 一天超過兩次

在過去，學生是否曾在牙科看診期間或看診後出現我們應該知道的情況，如：
害怕、不愉快或負面的經驗？

☐ 是 ☐ 否

學生是否有什麼方法或輔助用具可以幫助自己適應牙科診療？例如：最愛的玩具、iPhone手機程式、書本

☐ 是 ☐ 否

（如有，請在下方說明並在下次看診時一起帶著）

學生的家人或同住的人之中，是否有人有嚴重的牙齒和/或牙齦問題？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不確定

在我們檢查學生的牙齒和口腔前，您是否有其他情況想告知我們？

☐ 是 ☐ 否

如是，請在下方說明詳情：