



ΔΩΡΕΑΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



dental health
services victoria



VICTORIA
State
Government

ΔΩΡΕΑΝ σχολικό πρόγραμμα οδοντιατρικής φροντίδας Smile Squad

Το Smile Squad σύντομα θα επισκεφθεί το σχολείο σας.

Το σχολικό πρόγραμμα οδοντιατρικής φροντίδας της Κυβέρνησης της Βικτώριας είναι ΔΩΡΕΑΝ για όλους τους μαθητές των δημόσιων σχολείων της Βικτώριας. Υπογράψτε και επιστρέψτε το πακέτο αυτό για να εξασφαλίσετε ότι η οικογένειά σας δεν θα χάσει αυτή την ευκαιρία.

Όλοι οι μαθητές μπορούν να έχουν:

- έναν δωρεάν οδοντιατρικό έλεγχο
- υπηρεσίες πρόληψης για τη διατήρηση της υγείας των δοντιών
- γενική θεραπεία (αν χρειάζεται)

Για περισσότερες πληροφορίες ή αν χρειάζεστε βοήθεια για να συμπληρώσετε αυτά τα έντυπα:

- **Στείλτε email στο: smilesquad@dhs.vic.gov.au**
- **Τηλεφωνήστε στο: 1300 503 977**
- **Επισκεφθείτε το: www.health.vic.gov.au/smile-squad**

Τι πρέπει να κάνετε:

- 1 Διαβάστε** όλες τις πληροφορίες σ' αυτό το πακέτο.
- 2 Συμπληρώστε** και υπογράψτε όλες τις φόρμες στα Αγγλικά:
 - Έντυπο συγκατάθεσης (p4)
 - Στοιχεία μαθητή/μαθήτριας (p5)
 - Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενούς για κάλυψη των χρεώσεων από το κράτος [bulk billing] στο πλαίσιο του Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών για Παιδιά (προαιρετικό) (p6)
 - Ιατρικό ιστορικό (p7)
 - Ερωτηματολόγιο για τη στοματική υγεία (p8)
- 3 Επιστρέψτε τα έντυπα** στο σχολείο σας το συντομότερο δυνατό.
- 4 Κρατήστε** όλες τις υπόλοιπες πληροφορίες αυτού του πακέτου για μελλοντικά αναφορά.

Συμπληρώστε τις φόρμες με ΚΕΦΑΛΑΙΑ.



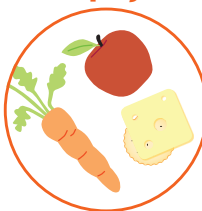
Το έντυπο συγκατάθεσης υπάρχει και σε άλλες γλώσσες για να το διαβάσετε.

Επισκεφθείτε το: www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad ή σαρώστε τον κώδικα QR για να δείτε τις μεταφρασμένες φόρμες.



Παρακαλείσθε να υποβάλετε την αγγλική έκδοση μόνο.

Τρώτε σωστά, πίνετε σωστά, καθαρίζετε σωστά



Επιλέγете φρέσκα τρόφιμα και περιορίστε τα τρόφιμα, ποτά και γλυκά που περιέχουν ζάχαρη.



Πίνετε άφθονο νερό βρύσης



Βουρτσίζετε πρωί και βράδυ με φθοριούχο οδοντόκρεμα

Πόσο κοστίζει;

Η υπηρεσία είναι δωρεάν για όλους τους μαθητές και προσφέρεται από την Κυβέρνηση της Βικτώριας.

Σχόλια και απόψεις

Μπορείτε να μας πείτε τη γνώμη σας (θετική ή αρνητική) οποιαδήποτε στιγμή. Μπορείτε να μας πείτε τη γνώμη σας μέσω email στο smilesquad@dhs.vic.gov.au

Οδοντιατρικές υπηρεσίες

Το Smile Squad προσφέρει δωρεάν οδοντιατρικές υπηρεσίες στους μαθητές των δημόσιων σχολείων της Βικτώριας από πτυχιούχους επαγγελματίες.

Οδοντιατρική εξέταση (έλεγχος)

Ο οδοντιατρικός έλεγχος περιλαμβάνει εξέταση των δοντιών, των ούλων, της γνάθου και του στόματος.

Οφέλη: Οι περισσότερες στοματικές παθήσεις/προβλήματα των δοντιών δεν προκαλούν πόνο στα πρώιμα στάδια. Ο τακτικός έλεγχος είναι ο καλύτερος τρόπος για να εντοπιστούν αυτά τα προβλήματα εγκαίρως. Από τη στιγμή που θα δούμε τι συμβαίνει, μπορούμε να προγραμματίσουμε την επόμενη θεραπεία.

Αν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, μπορούμε να προσφέρουμε τις ακόλουθες υπηρεσίες, με την προϋπόθεση ότι θα ωφελήσουν τον μαθητή/ τη μαθήτριά:

Ακτινογραφίες των δοντιών

Το ακτινολογικό μηχάνημα χρησιμοποιεί ακτινοβολία για να απεικονίσει τι συμβαίνει μέσα στο σώμα.

Βγάζουμε ακτινογραφίες των δοντιών χρησιμοποιώντας ένα μικρό φιλμ που τοποθετείται μέσα στο στόμα.

Οφέλη: οι ακτινογραφίες για τα δόντια μάς δίνουν πληροφορίες που δεν μπορούμε να πάρουμε με γυμνό μάτι. Οι ακτινογραφίες μπορούν να εντοπίσουν την τερηδόνα, τη μόλυνση και άλλα προβλήματα.

Κίνδυνοι: οι ακτινογραφίες είναι πολύ ασφαλείς. Οι ακτινογραφίες που συνήθως βγάζουμε έχουν χαμηλότερη ακτινοβολία από μια αεροπορική πτήση.

Τοπική εφαρμογή βερνικιού φθορίου

Το βερνίκι φθορίου είναι μια προληπτική θεραπεία που έχει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα όταν γίνεται τουλάχιστον κάθε έξι μήνες.

Η εφαρμογή του βερνικιού φθορίου πάνω στα δόντια είναι πολύ εύκολη και συνήθως διαρκεί λίγα λεπτά. Το βερνίκι κολλάει πάνω στα δόντια μέχρι να τα βουρτσίσετε.

Οφέλη: Το φθόριο είναι ένα συνηθισμένο μεταλλικό στοιχείο που βοηθά στην ανάπτυξη γερών δοντιών και στην πρόληψη της οδοντικής πλάκας. Το βερνίκι φθορίου μπορεί να σταματήσει το ξεκίνημα της τερηδόνας και επιβραδύνει το ρυθμό ανάπτυξής της.

Κίνδυνοι: Μολονότι συμβαίνει σπάνια, κάποιοι είναι αλλεργικοί σε ένα συστατικό που περιέχει το βερνίκι φθορίου. Μαθητές που είναι αλλεργικοί στο κολοφώνιο/ρητίνη, στην καζεΐνη (πρωτεΐνη γάλακτος) ή έχουν σοβαρό άσθμα πιθανόν να μη μπορούν να κάνουν θεραπεία με βερνίκι φθορίου.

Στεγανωτικό ρωγμών

Το στεγανωτικό είναι ένα κάλυμμα που τοποθετείται πάνω σε οπές (ρωγμές) των δοντιών. Συνήθως τοποθετείται πάνω στους τραπεζίτες.

Οφέλη: το στεγανωτικό καλύπτει τις οπές των δοντιών και αποτρέπει τον εγκλωβισμό τροφών και βακτηρίων. Αυτό σταματά την ανάπτυξη και εξάπλωση της τερηδόνας μέσα στις οπές.

Τα περισσότερα στεγανωτικά υλικά περιέχουν φθόριο. Το στεγανωτικό φθείρεται με τον χρόνο και ίσως χρειαστεί αναπλήρωση ή αντικατάσταση.

Καθαρισμός των δοντιών

Τα δόντια ίσως χρειάζονται επιπλέον καθαρισμό όταν η οδοντόβουρτσα δεν μπορεί να αφαιρέσει την πέτρα (σκληρή πλάκα) ή τους επίμονους λεκέδες.

Οφέλη: Μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο ουλίτιδας αφαιρώντας την πέτρα, η οποία μπορεί να ερεθίσει τα ούλα.

Επαναληπτική θεραπεία

Αν χρειάζεται επιπλέον θεραπεία, το Smile Squad θα το συζητήσει και θα ζητήσει συγκατάθεση.

Συχνές ερωτήσεις

Χρειάζεται να παραβρίσκονται στο ραντεβού οι γονείς, κηδεμόνες ή φροντιστές;

Οι γονείς, κηδεμόνες ή φροντιστές είναι ευπρόσδεκτοι να παραβρίσκονται αν το θέλουν, αλλά δεν είναι υποχρεωτικό.

Επικοινωνήστε με το Smile Squad για να μας ενημερώσετε αν θέλετε να παραβρεθείτε.

Αν χρειάζεται επιπλέον θεραπεία, ίσως ζητήσουμε από έναν γονέα, κηδεμόνα ή φροντιστή να έρθει στο ραντεβού.

Τι γίνεται αν ο μαθητής/η μαθήτριά έχει κάνει πρόσφατα κάποια οδοντιατρική θεραπεία;

Αν ο μαθητής/η μαθήτριά έχει κάνει πρόσφατα ραντεβού με οδοντίατρο, μπορεί και πάλι να τον/τη δει το Smile Squad. Πιθανόν να μη χρειάζεται ακτινογραφίες ή άλλες προληπτικές υπηρεσίες.

Τι γίνεται αν κάποιος μαθητής λείπει από το σχολείο την ημέρα της επίσκεψης του Smile Squad?

Αν κάποιος μαθητής λείπει από το σχολείο, θα τον δούμε κάποια άλλη μέρα ή μπορεί ο μαθητής να μας επισκεφθεί στην κοινοτική οδοντιατρική υπηρεσία της περιοχής του. Οι υπηρεσίες αυτές είναι και πάλι δωρεάν.

Βρείτε το πλησιέστερο κοινοτικό οδοντιατρείο στο:

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

Ποιος μπορεί να δώσει συγκατάθεση;

Οι γονείς, κηδεμόνες ή ώριμοι ανήλικοι μπορούν να συμπληρώσουν αυτά τα έντυπα και να δώσουν συγκατάθεση.

Για να θεωρηθεί κάποιος ώριμος ανήλικος, πρέπει ο γιατρός να είναι πεπεισμένος ότι ο μαθητής κατανοεί επαρκώς τους κινδύνους, τα οφέλη και τις πιθανές επιπλοκές του προβλήματός του, καθώς και την προτεινόμενη θεραπεία, για να δώσει συγκατάθεση.

Ο μαθητής μπορεί να θεωρηθεί ικανός να πάρει κάποιες αποφάσεις σχετικά με την οδοντιατρική του θεραπεία αλλά όχι κάποιες άλλες. Σε περιπτώσεις όπου ο γιατρός δεν θεωρεί έναν μαθητή Γυμνασίου/Λυκείου ώριμο ανήλικο, θα ζητήσει συγκατάθεση από τον γονέα ή κηδεμόνα.

Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών Ανηλίκων [Child Dental Benefits Schedule] (CDBS)

Κάποιοι μαθητές ίσως δικαιούνται το Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών Ανηλίκων (CDBS) που χορηγεί η Αυστραλιανή Κυβέρνηση μέσω του Medicare.

Η Αυστραλιανή Κυβέρνηση μας επιτρέπει να κάνουμε αίτημα για εσάς για την παροχή αυτής της οδοντιατρικής φροντίδας, αν υπογράψετε το έντυπο συγκατάθεσης CDBS.

Τι είναι το Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών Ανηλίκων (CDBS);

Το CDBS είναι ένα πρόγραμμα του Medicare που προσφέρει σε επιλέξιμα παιδιά ηλικίας 0-17 ετών βασική οδοντιατρική φροντίδα για μια περίοδο διετίας.

Οι μαθητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν το CDBS:

- για υπηρεσίες από το Smile Squad
- σε δημόσιο οδοντιατρείο της Βικτώριας
- σε ιδιωτικό οδοντιατρείο

Το Smile Squad θα χρησιμοποιήσει το CDBS για τους μαθητές που το δικαιούνται.

Ακόμη κι αν δεν υπογράψετε το έντυπο συγκατάθεσης, ο κάθε μαθητής θα έχει δωρεάν οδοντιατρική φροντίδα από το Smile Squad. **Εσείς δεν θα χρειαστεί να πληρώσετε τίποτα.**

Σας παροτρύνουμε να υπογράψετε το έντυπο συγκατάθεσης CDBS για κάλυψη των χρεώσεων από το κράτος [bulk-billing] για να δώσετε την δυνατότητα στο Smile Squad να διεκδικήσει τα έξοδα από το Medicare. Με τον τρόπο αυτό μας βοηθάτε να προσφέρουμε οδοντιατρική φροντίδα σε περισσότερους κατοίκους της Βικτώριας.

Οι χρεώσεις που καλύπτονται από το κράτος [Bulk-billing] (προς ενημέρωση)

Το Medicare μας υποχρεώνει να σας δώσουμε τις ακόλουθες πληροφορίες. Αν χρησιμοποιήσετε το CDBS, τα ποσά αυτά θα αφαιρεθούν από το όριο των παροχών CDBS.

Υπηρεσία	Κόστος κάλυψης των χρεώσεων από το κράτος στο πλαίσιο του CDBS	Πόσο πληρώνετε εσείς
Οδοντιατρική εξέταση (έλεγχος)	\$59.60	\$0.00
Ακτινογραφίες δοντιών (αν χρειάζονται)	\$34.50 η κάθε ακτινογραφία	\$0.00
Στεγανωτικό ρωγμών (αν χρειάζεται)	\$52.15 (το ανώτατο) για κάθε δόντι	\$0.00
Καθαρισμός (αν χρειάζεται)	\$101.55 (το ανώτατο) ανάλογα με το επίπεδο καθαρισμού που χρειάζεται	\$0.00
Εφαρμογή βερνικιού φθορίου σε όλα τα δόντια (αν χρειάζεται)	\$39.15 η κάθε εφαρμογή (μέχρι δύο εφαρμογές σε διάστημα 12 μηνών)	\$0.00

Ιδιωτικότητα

Η Οδοντιατρική Υπηρεσία Βικτώριας [Dental Health Service Victoria] (DHSV) προσφέρει το Smile Squad σε συνεργασία με κοινωτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες. Η DHSV είναι υπεύθυνη για την τήρηση αρχείου με τα στοιχεία ασθενών του Smile Squad. Η DHSV σέβεται την ιδιωτικότητά σας και δεσμεύεται στην προστασία των προσωπικών σας δεδομένων. Θα χειριστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα σύμφωνα με τον *Νόμο περί Ιατρικών Αρχείων [Health Records Act]* και τον *Νόμο Ιδιωτικότητας και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [Privacy and Data Protection Act]*.

Ορισμένες φορές συλλέγουμε δεδομένα και απόψεις για λόγους έρευνας και αξιολόγησης του Smile Squad και για τη βελτίωση των υπηρεσιών μας. Η ταυτότητά σας θα παραμείνει ανώνυμη για τους σκοπούς αυτούς.

Θα χρειαστεί να κοινοποιήσουμε ανώνυμα στοιχεία σε κυβερνητικές υπηρεσίες όπως το DHSV, το Υπουργείο Παιδείας και το Υπουργείο Υγείας. Θα το κάνουμε αυτό ώστε να μελετήσουμε από κοινού τα στοιχεία για τη στοματική υγεία των μαθητών στα σχολεία της Βικτώριας. Θα αφαιρέσουμε οποιοδήποτε ταυτοποιητικό στοιχείο.

Επισκεφθείτε το www.dhsv.org.au/privacy για να διαβάσετε ολόκληρη τη δήλωση ιδιωτικότητας του DHSV ή σαρώστε τον παρακάτω κώδικα QR:



Δικαιώματα και υποχρεώσεις

Στον ιστότοπο της Αυστραλιανής Επιτροπής Ασφάλειας και Ποιότητας στην Υγειονομική Περιθαλψη υπάρχει αντίγραφο των δικαιωμάτων σας στο χώρο της υγείας.

Όνομα σχολείου: _____ Τάξη/τμήμα (π.χ. 2B): _____

Όνοματεπώνυμο μαθητή/μαθήτριας: _____ Ημερομηνία γέννησης μαθητή/μαθήτριας: ____ / ____ / ____

Δίνω τη συγκατάθεσή μου ώστε ο/η άνωθι αναφερόμενος/-η μαθητής/μαθήτρια να συμμετάσχει στο σχολικό οδοντιατρικό πρόγραμμα Smile Squad.

Δίνω τη συγκατάθεσή μου ώστε ο μαθητής/η μαθήτρια να δεχθεί τις ακόλουθες υπηρεσίες:

Οδοντιατρική εξέταση (έλεγχος) ☐ Ναι ☐ Όχι

Σημείωση: Πρέπει να απαντήσετε ναι για οδοντιατρικό έλεγχο προκειμένου να παρασχεθούν οποιεσδήποτε άλλες υπηρεσίες.

Ακτινογραφίες δοντιών (αν χρειάζονται) ☐ Ναι ☐ Όχι Στεγνωτικό ρωγμών (αν χρειάζεται) ☐ Ναι ☐ Όχι

Βερνίκι φθορίου (αν χρειάζεται) ☐ Ναι ☐ Όχι Καθαρισμός (αν χρειάζεται) ☐ Ναι ☐ Όχι

Εκπαιδεύουμε τη νέα γενιά επαγγελματιών στοματικής υγείας. Οι μαθητές μπορεί να εξεταστούν από κάποιον φοιτητή οδοντιατρικής/στοματικής υγείας που δουλεύει υπό την επίβλεψη κάποιου πτυχιούχου γιατρού του Smile Squad.

Δίνετε τη συγκατάθεσή σας να εξεταστεί ο μαθητής/η μαθήτρια από φοιτητή οδοντιατρικής/στοματικής υγείας;

☐ Ναι ☐ Όχι

Συμφωνώ ότι παρέixa στο Smile Squad, στο βαθμό που γνωρίζω, όλες τις σχετικές ιατρικές και προσωπικές πληροφορίες που απαιτούνται για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας.

Δίνοντας συγκατάθεση, συμφωνώ ότι έχω διαβάσει το παρόν έντυπο και τις πληροφορίες που περιλαμβάνει αυτό το πακέτο.

Έχω επαρκείς πληροφορίες για να κατανοήσω τα ακόλουθα:

Οδοντιατρικές υπηρεσίες

Έχω επίγνωση του είδους των οδοντιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται από το Smile Squad, συμπεριλαμβανομένων των πλεονεκτημάτων και των κινδύνων που συνεπάγονται, της τοποθεσίας που θα παρασχεθούν και του φορέα παροχής τους. Όλες οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι δωρεάν.

Φροντίδα ύστερα από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες

Κατανοώ ότι κάποιος γιατρός από το Smile Squad ή το προσωπικό του σχολείου μπορεί να επικοινωνήσει με τον γονέα, κηδεμόνα ή φροντιστή στην περίπτωση που ο μαθητής/η μαθήτρια αδιαθετήσει στο σχολείο μετά την οδοντιατρική εξέταση/ διαδικασία ή στην περίπτωση που απαιτείται επιπλέον φροντίδα η οποία δεν μπορεί να παρασχεθεί στο σχολείο.

Ιδιωτικότητα

Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις πληροφορίες που αφορούν την ιδιωτικότητα σε αυτό το πακέτο και επιβεβαιώνω ότι γνωρίζω τον τρόπο με τον οποίο το πρόγραμμα θα διαχειριστεί τα ιατρικά δεδομένα των μαθητών.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα/μαθητή/μαθήτριας*: _____

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα/μαθητή/μαθήτριας: _____ Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

* Μαθητές ηλικίας 18 ετών και άνω, και όσοι θεωρούνται ώριμοι ανήλικοι για τους σκοπούς χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών, μπορούν να δώσουν οι ίδιοι συγκατάθεση για τον εαυτό τους. Η συγκατάθεση αυτή έχει ισχύ για 12 μήνες από την ημερομηνία υπογραφής της.

Όνομα σχολείου: Τάξη / τμήμα (π.χ. 2B):

Στοιχεία μαθητή/μαθήτριας

Όνομα: Επίθετο:

Φύλο: ☐ Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐ Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε Ημερομηνία γέννησης: / /

Ποιες προσωπικές αντωνυμίες προτιμάει ο μαθητής/η μαθήτρια; (προαιρετικό)

Διεύθυνση:

Προάστιο: Ταχυδρομικός κώδικας:

Αν είσαι μαθητής/μαθήτρια που δίνεις συγκατάθεση για τον εαυτό σου, παρακαλώ συμπλήρωσε:

Αριθμό τηλεφώνου: Email:

Στοιχεία γονέα/κηδεμόνα Στοιχεία δεύτερου γονέα/κηδεμόνα (προαιρετικό)

Όνομα: Όνομα:

Επίθετο: Επίθετο:

Σχέση με τον μαθητή /τη μαθήτρια: Σχέση με τον μαθητή/τη μαθήτρια:

Αριθμός τηλεφώνου: Αριθμός τηλεφώνου

Email: Email:

Έχει ο μαθητής/η μαθήτρια καταγωγή Aboriginal ή Torres Strait Islander; Είναι ο μαθητής/η μαθήτρια αιτών/αιτούσα ασύλου ή πρόσφυγας;

- ☐ Όχι, ούτε Aboriginal ούτε Torres Strait Islander καταγωγής
- ☐ Aboriginal
- ☐ Torres Strait Islander
- ☐ Aboriginal και Torres Strait Islander
- ☐ Δεν απαντώ
- ☐ Όχι, ούτε αιτών/αιτούσα ασύλου, ούτε πρόσφυγας
- ☐ Πρόσφυγας
- ☐ Αιτών/αιτούσα ασύλου
- ☐ Δεν απαντώ

Χρειάζεται διερμηνέας; ☐ Ναι ☐ Όχι

Προτιμώμενη γλώσσα:

Έχει γεννηθεί ο μαθητής/η μαθήτρια στην Αυστραλία; ☐ Ναι ☐ Όχι, σε ποια χώρα γεννήθηκε;

Αν ο μαθητής/η μαθήτρια δεν έχει κάρτα Medicare, αφήστε αυτό το τμήμα κενό.

Αριθμός κάρτας Medicare μαθητή/μαθήτριας:

Ατομικός αριθμός αναφοράς:

Ημερομηνία λήξης:





ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΕΞΟΔΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

Ο/Η, ασθενής / κηδεμόνας, βεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί:

- για τη θεραπεία που έχει παρασχεθεί ή θα παρασχεθεί από αυτή την ημερομηνία στο πλαίσιο του Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών Ανηλίκων·
- για το πιθανό κόστος αυτής της θεραπείας· και
- ότι το κράτος θα καλύψει τα έξοδα για υπηρεσίες στο πλαίσιο του Προγράμματος Οδοντιατρικών Παροχών Ανηλίκων, και ότι δεν θα έχω προσωπική συμμετοχή στα έξοδα για τις εν λόγω υπηρεσίες, υπό την προϋπόθεση ότι το υπόλοιπο του διαθέσιμου επιδοτούμενου ποσού είναι επαρκές.

Κατανοώ ότι εγώ / ο ασθενής θα έχουμε πρόσβαση σε οδοντιατρικές παροχές μόνο μέχρι το ανώτατο όριο του επιδοτούμενου ποσού.

Κατανοώ ότι οι παροχές για ορισμένες υπηρεσίες ενδέχεται να έχουν περιορισμούς και ότι το Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών Ανηλίκων καλύπτει ένα περιορισμένο εύρος υπηρεσιών. Κατανοώ ότι θα πρέπει να καλύψω με προσωπική συμμετοχή τα έξοδα για τυχόν υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το Πρόγραμμα Οδοντιατρικών Παροχών Ανηλίκων.

Κατανοώ ότι το κόστος των υπηρεσιών θα μειώσει το διαθέσιμο υπόλοιπο του επιδοτούμενου ποσού και ότι θα πρέπει να καλύψω με προσωπική συμμετοχή τα έξοδα για τυχόν πρόσθετες υπηρεσίες, εφόσον το επιδοτούμενο ποσό έχει εξαντληθεί.

Ref #

Αριθμός Medicare Ασθενούς

Ονοματεπώνυμο ασθενούς

Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα

Ονοματεπώνυμο του υπογράφοντος
(αν δεν είναι ο ασθενής)

Ημερομηνία

Έχει ο μαθητής/η μαθήτρια τυχόν αλλεργίες τις οποίες γνωρίζετε;

☐ Ναι☐ Όχι

Εάν απαντήσατε ναι:

☐ Αντιβιοτικά

☐ Καζεΐνη (πρωτεΐνη γάλακτος)

☐ Λάτεξ ή ταινίες

☐ Άλλα φάρμακα

☐ Κολοφώνιο/ρητίνη

☐ Τροφή

☐ Άλλο

Υπάρχουν φάρμακα που επί του παρόντος παίρνει ο μαθητής/η μαθήτρια;

☐ Ναι☐ Όχι

Εάν απαντήσατε ναι, παρακαλώ γράψτε το όνομα του φαρμάκου, τη δοσολογία και τη συχνότητα λήψης

Έχει ο μαθητής/η μαθήτρια κάποια πνευμονική πάθηση;

☐ Ναι☐ Όχι

Εάν απαντήσατε ναι:

☐ Άσθμα

Αν έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο, γράψτε μήνα και έτος

☐ Πνευμονοπάθεια

☐ Φυματίωση

☐ Άλλο

Έχει ο μαθητής/η μαθήτρια κάποια καρδιολογική (καρδιαγγειακή) πάθηση;

☐ Ναι☐ Όχι

Εάν απαντήσατε ναι:

☐ Καρδιακή ανωμαλία☐ Εγχείριση καρδιάς

☐ Ρευματική καρδιοπάθεια

☐ Χαμηλή ή υψηλή αρτηριακή πίεση

☐ Υπερβολική αιμορραγία ή διαταραχή του αίματος

☐ Άλλο

Έχει ο μαθητής κάποιο αισθητηριακό, γνωστικό πρόβλημα ή πρόσθετες ανάγκες (αναπηρία);

☐ Ναι☐ Όχι

Εάν απαντήσατε ναι:

☐ Άγχος ή κατάθλιψη

☐ Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής

☐ Διαταραχή αυτιστικού φάσματος

☐ Σωματική αναπηρία (συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για αναπηρικό αμαξίδιο)

☐ Πνευματική [αναπηρία]

☐ Πρόβλημα ακοής ή όρασης

☐ Άλλο

Έχει ο μαθητής κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;

☐ Ναι☐ Όχι

Εάν απαντήσατε ναι:

☐ Διαβήτη τύπου 1☐ Διαβήτη τύπου 2

☐ Καρκίνο

☐ Χρόνιο πρόβλημα υγείας (π.χ. εγκεφαλικό, αρθρίτιδα)

☐ Νεφροπάθεια

☐ Ηπατική νόσο

☐ Σπασμούς ή επιληψία

☐ Άλλη εγχείριση (π.χ. μόσχευμα, τεχνητή άρθρωση)

☐ Άλλο

Υπάρχει περίπτωση να είναι έγκυος η μαθήτρια;

☐ Ναι☐ Όχι☐ Δεν ισχύει

Χρησιμοποιεί ο μαθητής προϊόντα καπνού (κάπνισμα) ή ηλεκτρονικά τσιγάρα (άτμισμα);

☐ Ναι☐ Όχι☐ Δεν ισχύει

Εάν απαντήσατε ναι:

☐ Κάπνισμα☐ Άτμισμα☐ Άλλο

Πίνει ο μαθητής αλκοόλ;

☐ Ναι☐ Όχι☐ Δεν ισχύει

Εάν απαντήσατε άλλο σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω, παρακαλώ περιγράψτε.

Σας κάνουμε τις ακόλουθες ερωτήσεις για να καταλάβουμε περισσότερα για τον μαθητή/τη μαθήτριά και να αναπτύξουμε το καταλληλότερο πλάνο γι' αυτόν/αυτή.

Έχει ο μαθητής/η μαθήτριά κάποιο πόνο στο στόμα (π.χ. δεν μπορεί να κοιμηθεί εξαιτίας κάποιου προβλήματος με τα δόντια); ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχει ο μαθητής/η μαθήτριά πρόβλημα να φάει ή να πιει εξαιτίας κάποιου προβλήματος με τα δόντια ή το στόμα του/της; ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχει ο μαθητής/η μαθήτριά πρόβλημα με την ομιλία εξαιτίας κάποιου προβλήματος με τα δόντια ή το στόμα του/της; ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχει απουσιάσει ο μαθητής/η μαθήτριά από το σχολείο ή από άλλες δραστηριότητες εξαιτίας κάποιου προβλήματος με τα δόντια ή το στόμα του/της; ☐ Ναι ☐ Όχι

Μήπως αποφεύγει ο μαθητής/η μαθήτριά να χαμογελάσει, να γελάσει ή να δείξει τα δόντια του/της μπροστά σε άλλους μαθητές εξαιτίας κάποιου προβλήματος με τα δόντια ή το στόμα του/της; ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχει γίνει ποτέ κάποιος έλεγχος των δοντιών του μαθητή/της μαθήτριάς; ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν απαντήσατε ναι, πείτε μας την ημερομηνία (αν γνωρίζετε)

Έχει κάνει ποτέ ο μαθητής/η μαθήτριά κάποιο σφράγισμα ή κάποια εξαγωγή λόγω τερηδόνας τα τελευταία τρία χρόνια; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν είμαι σίγουρος/-η

Πόσο συχνά πίνει ο μαθητής/η μαθήτριά ποτά που περιέχουν ζάχαρη, όπως χυμούς φρούτων, αναψυκτικά ή συμπυκνωμένους χυμούς φρούτων [cordial]; ☐ Τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα ☐ Μία ή δύο φορές την ημέρα ☐ Μερικές φορές την εβδομάδα ☐ Σχεδόν ποτέ

Πόσο συχνά βουρτσίζει ο μαθητής/η μαθήτριά τα δόντια του/της με οδοντόκρεμα; ☐ Μία φορά την ημέρα (πρωί) ☐ Μία φορά την ημέρα (βράδυ) ☐ Δύο φορές την ημέρα ☐ Λιγότερο από μία φορά την ημέρα ☐ Περισσότερες από δύο φορές την ημέρα

Έχει ο μαθητής/η μαθήτριά τυχόν φοβίες ή ευαισθησίες, ή τυχόν αρνητικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια ή ύστερα από κάποια προηγούμενη επίσκεψη στον οδοντίατρο που θα πρέπει να γνωρίζουμε; ☐ Ναι ☐ Όχι

Υπάρχουν τυχόν στρατηγικές ή βοηθήματα που χρησιμοποιεί ο μαθητής/η μαθήτριά για να ανταπεξέρχεται καλύτερα; π.χ. ένα αγαπημένο παιχνίδι, μια εφαρμογή στο iPhone, ένα βιβλίο (εάν απαντήσατε ναι, πείτε μας περισσότερα παρακάτω, και να το έχει μαζί στην επόμενη επίσκεψη) ☐ Ναι ☐ Όχι

Υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειας ή κάποιος που ζει στο ίδιο σπίτι με τον μαθητή/τη μαθήτριά που έχει σοβαρά προβλήματα με τα δόντια ή/και τα ούλα του; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν είμαι σίγουρος/-η

Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να γνωρίζουμε πριν κάνουμε τον έλεγχο των δοντιών και του στόματος του μαθητή/της μαθήτριάς; ☐ Ναι ☐ Όχι
Εάν απαντήσατε ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες παρακάτω.