



免费牙科护理

同意书

维多利亚州政府的中小学牙科护理计划Smile Squad不久将前往你孩子所在的学校。

这意味着所有学生都能在学校接受免费牙科检查、预防服务和治疗。

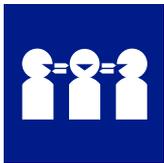
如需更多信息或填写表格方面的帮助，请

- 发电子邮件至：smilesquad@dhs.vic.gov.au
- 拨打电话：1300 503 977
- 访问网站：www.smilesquad.vic.gov.au

你需要做什么：

- 1 阅读Smile Squad信息说明书
- 2 用英文填写表格并签名（第4页到第10页）
- 3 尽快交还表格。把填妥的表格装在提供的信封里，交还给学校。
- 4 保存本资料包里的其余信息，以备今后参考。

请用大写字母工整填写所有表格。



本同意书有其它语言版本可供参考。请填写并提交英语版。

访问网站：www.smilesquad.vic.gov.au/consent



选择新鲜食品，限制含糖食品、饮料和甜食



早晚用含氟牙膏刷牙



多喝自来水

Smile Squad信息说明书

每个人都应能露出健康的微笑。

蛀牙是澳大利亚最常见的儿童疾病，但这是可以预防的。定期牙科检查能及早发现并控制问题。

牙科服务

Smile Squad在中小学上学时间内在学校里为学生提供免费牙科服务。这包括任何必需的一般治疗。

Smile Squad的员工包括口腔健康治疗师、牙科治疗师、口腔健康教育者、牙科助理和牙医。

我是否需要支付任何费用？

不需要。这是维多利亚州政府为所有学生提供的免费服务。

牙科检查时会发生什么事？

完整的牙科检查包括检查学生的牙齿、牙龈、下巴和口腔。

如果你同意，学生可能会获得以下服务：

| 服务 | 说明 |
|--------|-----------------------------------|
| 洗牙 | 清洗牙齿，去除牙结石（矿化菌斑）或顽固色渍 |
| 牙科X光检查 | X光（通常对口腔每一侧各照一次）有助于发现牙龈下面和牙齿内部的情况 |
| 牙齿涂氟 | 每隔六个月在所有牙齿上涂氟，有助于预防蛀牙 |
| 窝沟封闭 | 往臼齿上涂一层涂层，帮助预防蛀牙。一些窝沟封闭剂的材料中含氟化物 |

如果需要额外的治疗，Smile Squad会和你讨论此事并征得你的同意。

Smile Squad只会提供有益于学生的预防性服务。

谁能给予同意？

父母、法定监护人、照顾者或成熟的未成年人可以填写这些表格同意牙科检查。

尽管我们鼓励父母/监护人参与，但在维多利亚州，被视为“成熟的未成年人”的儿童可以对自己的牙科护理给予同意。法律承认，随着儿童年龄变大和更加成熟，他们会更有能力自己做决定，包括寻求和获得自己的医疗护理。

Smile Squad的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。如果牙科医师认为某个中学生不是成熟的未成年人，他们会征求父母/监护人的同意。

如有任何疑问，请咨询你的Smile Squad服务机构。

父母、法定监护人或照顾者是否必须参加学生的就诊？

父母、法定监护人或照顾者可以参加，但这并非必须。请勾选学生信息页上的方框，告诉我们你打算参加。

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可以成为学生的常用牙科服务机构。我们会每年去你孩子所在的学校——对有需要的学生，出诊会更频繁。

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。

查找附近的社区牙科诊所：<https://www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search>

Smile Squad信息说明书

儿童牙科福利计划 (CDBS)

什么是儿童牙科福利计划 (CDBS) ?

澳大利亚儿童牙科福利计划 (CDBS) 是一项牙科福利计划, 为符合条件的0到17岁儿童提供两年基本牙科护理。

Smile Squad将为符合条件的儿童使用CDBS。

如果你在本资料包里的同意书上签名, 我们会为你提出CDBS申请。

如果学生没有资格使用CDBS或Medicare怎么办?

每个学生都仍然会获得免费牙科护理。所有公校学生都有资格接受Smile Squad的诊治。该服务没有自付费用。

隐私

Smile Squad是维多利亚州政府的一项计划。维多利亚州牙科健康服务部 (DHSV) 与本地牙科诊所合作开展这项计划。

Smile Squad会保护你的隐私。他们会对你的个人和健康信息保密并妥善加以保存。Smile Squad将根据《2014年隐私和数据保护法》和《2001年健康记录法》规定的高标准保存、维护和使用这些信息。

我们尊重这些法律和指导原则。它们规定了我们应该在何时及如何收集、使用、处理和销毁所有个人和健康信息。

Smile Squad只会收集必要的个人和健康信息。Smile Squad在出诊期间可能需要收集额外的信息。这是为了尽可能制定最好的护理计划。

我们会收集信息并保存在学生的牙科记录中。获得授权的 (来自DHSV和维多利亚州社区牙科诊所的) Smile Squad人员可以查阅这些信息。

我们使用和共享学生的个人和健康信息主要是为了:

- 确定学生的牙科护理需求, 以及
- 为他们提供牙科护理和治疗。

有时, 我们会为了Smile Squad的评估目的和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。

我们会删除任何身份信息。我们需要在DHSV、教育和培训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状况。

如果法律要求或允许, Smile Squad可能在其它情况下使用或披露学生的健康信息。

你可以联系Smile Squad查阅你的牙科记录。有些情况下, 信息自由 (FOI) 程序可能是合适的程序。

DHSV隐私声明可在DHSV网站上查阅, 网址:

<https://www.dhsv.org.au/privacy>

一些情况下, 如果对于支持学生的安全和身心健康有必要, Smile Squad可能与学生所在学校共享信息。学校就Smile Squad计划收集或收到的学生信息将根据学校的隐私政策使用和管理; 隐私政策可从学校获取。

就诊期间, 如果出于支持学生安全和身心健康的需要, 学生所在学校还可以与Smile Squad共享学校持有的信息。

权利和责任

你的医疗保健权利可在澳大利亚医疗保健安全与质量委员会网站上查阅。

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。

本页特意留空

在本同意书上签名，参加Smile Squad计划。

仅限办公室使用

DR编号：_____

校名：_____

年级/班级：_____

(例如2B)

学生全名：_____

学生出生日期：____/____/____

我同意_____参加Smile Squad中小学牙科护理计划。
(学生姓名)

学生可在上课时间在学校接受以下服务：

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 是 否

牙齿涂氟* 是 否

窝沟封闭 是 否

洗牙 是 否

*如果学生对创可贴、松香、牛奶蛋白（酪蛋白）过敏，或有严重哮喘，氟化物产品可能就不合适。请在下面提供信息。

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Smile Squad信息说明书。我已获得足够的信息来理解以下内容：

牙科服务

Smile Squad提供的牙科服务的种类，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。

关于全额公费报销的患者同意书

我不会为Smile Squad提供的服务自付任何费用。

牙科服务之后的护理

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

我已阅读并理解本资料包里的隐私信息，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。

关于全额公费报销的患者同意书

Medicare要求我们向你提供以下信息。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 | \$54.05 | \$0.00 |
| 牙齿X光检查（如果需要） | 每次X光\$31.25 | \$0.00 |
| 窝沟封闭（如果需要） | 每颗牙齿（最多）\$47.25 | \$0.00 |
| 洗牙（如果需要） | 取决于需要的清洗程度（最多）\$92.05 | \$0.00 |
| 对所有牙齿涂氟（如果需要） | 每次\$35.45（12个月内最多涂两次） | \$0.00 |

学生信息

校名: _____

年级/班级: _____
(例如2B)

学生信息

名: _____

姓: _____

性别: 男 女 其他

出生日期: ___/___/___

地址: _____

区: _____

邮编: _____

如果是学生本人给予同意, 请包括:

手机号码: _____

电子邮件: _____

父母/监护人信息

额外父母/监护人信息 (选填)

名: _____

名: _____

姓: _____

姓: _____

与学生的关系: _____

与学生的关系: _____

手机号码: _____

手机号码: _____

电子邮件: _____

电子邮件: _____

我是学生的父母或监护人, 希望参加我孩子的就诊。

学生是不是原住民或托雷斯海峡岛民?

学生是不是寻求庇护者或难民?

- 不, 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
- 既是原住民, 也是托雷斯海峡岛民
- 不想说

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

如果学生没有Medicare卡, 请将本部分留空。

Medicare卡号:

个人参考号:

有效期: /



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? _____

在关于全额公费报销的患者同意书上签名， 允许Smile Squad从Medicare申领费用。



Australian Government
Department of Health

儿童牙科福利计划 关于全额公费报销的患者同意书

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；
- 该治疗可能的费用；以及
- 我将根据儿童牙科福利计划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。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。

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。

医疗信息问卷

学生全名： _____

出生日期： ____/____/____

我们询问这些病症的信息，是因为这会影响学生的口腔健康或我们提供的牙科护理。我们认识到，其中一些问题涉及非常私人的信息。请尽可能提供信息。

我有一些私人信息不想写下来。我希望与Smile Squad工作人员私下讨论这些信息。如果是这种情况，请在方框里打勾。

学生是否有任何过敏？

这包括食物、药物和/或各种产品，例如乳胶、创可贴、松香、牛奶蛋白（酪蛋白）

是 否

如果是，请详细说明：

学生在过去六个月内是否曾因严重哮喘而住院？

是 否

如果是，请详细说明：

学生目前是否在使用任何药物？

这包括使用哮喘喷剂

是 否

如果是，请详细说明：

学生是否有任何病症或残疾，需要我们在提供治疗时考虑？

例如，身体残疾（包括需要轮椅出入通道）、感官或智力障碍、精神健康或心理疾病

是 否

如果是，请详细说明：

医疗信息问卷

学生全名: _____

出生日期: ____/____/____

请勾选学生是否曾有过以下情况:

呼吸道疾病

例如, 哮喘、肺病、肺结核

是 否

心脏病或心脏杂音

是 否

心脏手术

例如, 人工心脏瓣膜、起搏器

是 否

风湿热

是 否

低血压或高血压

是 否

癌症治疗, 包括化疗和放疗

是 否

出血过多或血液疾病

是 否

其它手术

例如, 移植、人工关节

是 否

头部、颈部或脊柱受伤

是 否

癫痫

是 否

慢性病

例如, 中风、关节炎

是 否

糖尿病

哪个类型? _____

是 否

肾病

是 否

肝病

是 否

接种人乳头瘤病毒 (HPV) 疫苗

(根据全国免疫接种计划为7年级学生接种)

是 否 不适用

学生是否已怀孕或可能已怀孕?

是 否 不适用

学生是否使用烟草产品 (吸烟)?

是 否 不适用

学生是否使用电子烟?

是 否 不适用

学生是否喝酒?

是 否 不适用

如果你对以上任何问题回答是, 请提供详细信息: _____

口腔健康信息问卷 - 第一部分

学生全名: _____

出生日期: ____/____/____

你对这些问题的回答有助于Smile Squad了解你是否有任何口腔方面的担心问题。这些信息将帮助我们关注对你最重要的情况。

你是否担心学生.....

有口腔疼痛? (例如, 因为牙齿问题难以入睡) 是 否

因为牙齿或口腔问题而饮食有困难? 是 否

因为牙齿或口腔问题而说话有困难? 是 否

因为牙齿或口腔问题而无法上学或开展其它活动? 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

有任何其它牙齿或口腔问题? 是 否

如果你对以上任何问题回答是, 请提供详细信息:

你对这些问题的回答有助于我们了解每个学生的牙科护理经历。

学生以前是否检查过牙齿? 是 - 私人牙科诊所 否

是 - 公立/社区牙科诊所

是 - 其它/不清楚

最近一次牙科检查的日期
(如果知道): ____/____/____

学生目前是否在接受专科牙医的护理? 是 专科牙医的姓名和地址: _____ 否

例如, 牙齿矫正医生

学生在上一次看牙医期间或之后是否有任何恐惧 是 请详细说明: _____ 否

或敏感或负面体验, 需要让我们了解? _____ 我不清楚

你是否有任何方法或支持手段来帮助学生更好地 是 请详细说明: _____ 否

适应新的情况? 例如, 喜欢的玩具、iPhone手机 我不清楚

应用、书籍

在我们为学生进行牙齿和口腔检查之前, 是 请详细说明: _____ 否

你是否还有其它信息要告诉我们?

过去六个月内, 是否有以下任何因素导致学生无法 到最近的牙科诊所的距离 否

接受牙科护理?

费用

其它原因 - 请详细说明: _____

口腔健康信息问卷 - 第二部分

学生全名: _____

出生日期: ____/____/____

除了检查牙齿外, Smile Squad还能推测学生今后是否可能有蛀牙。我们通过了解学生目前的口腔健康情况、以前接受过的任何治疗以及他们的饮食和刷牙习惯来进行推测。你对这些问题的回答有助于我们制定最合适的计划来帮助
学生未来保持牙齿健康。

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

如果是, 请详细说明:

学生是否佩戴任何口腔矫治器具?

例如, 矫正支架、保持器、夜间牙齿护套、假牙或护齿

- 是 否

如果是, 请详细说明:

学生是否参加体育运动?

- 是 否

如果是, 请详细说明:

学生在三餐之间吃甜零食的频率如何?

- 每天三次或以上
 每天一两次

- 每周数次
 几乎没有

学生喝果汁或含糖饮料的频率如何?

- 每天三次或以上
 每天一两次

- 每周数次
 几乎没有

学生在家喝什么水?

- 自来水 (未经过滤)
 雨水箱的水或井水

- 瓶装水
 其它 (例如, 过滤水)

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

学生使用什么牙膏?

- 标准含氟牙膏
 儿童含氟牙膏

- 不含氟牙膏
 不知道/不清楚

学生刷完牙齿后通常怎么做?

- 吐掉牙膏
 漱口并吐掉

- 咽下牙膏
 漱口并咽下

过去六个月内, 学生是否曾在牙科诊所接受过牙齿涂氟?

- 是 否
 我不清楚

如果是, 请详细说明:

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

父母或其他成年人是否帮助学生刷牙?

- 是 否
 不适用

如果对以上问题回答是, 父母或其他成年人提供了什么帮助?

- 把牙膏挤在牙刷上并帮他们刷牙
 只是把牙膏挤在牙刷上
 观看并提供建议
 其它 (请详细说明): _____

| | | | |
|---------|-----------------------------|------------------------|--------------|
| 仅限办公室使用 | <input type="checkbox"/> 完成 | 日期: ____ / ____ / ____ | 首字母签名: _____ |
| | <input type="checkbox"/> 后续 | 日期: ____ / ____ / ____ | 首字母签名: _____ |

牙科服务介绍

Smile Squad只会提供会使学生受益的服务。

牙科检查

牙科检查包括检查牙齿、牙龈、下巴和口腔。

好处：检查是尽早发现问题的最佳方式。一旦了解情况，我们就能计划后续护理或治疗。

若不检查：我们无法发现问题。如不治疗，问题就会恶化。

风险：没有潜在风险。

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。我们通常拍两张X光片 - 每侧各一张，但有时会多拍几张，以仔细检查某个部位。

好处：牙科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，或乳牙下的恒齿问题。这有助于我们计划治疗。

若无X光检查：我们可能会错过如果发现就能治疗的问题。

风险：牙科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。

往牙齿上涂氟很简单，通常只需要几分钟。我们用小刷子或棉签往牙齿上涂氟。涂层会在牙齿上保留数小时。你可以看见牙齿上的氟化物涂层，直到氟化物溶解。

氟化物涂层如果每年至少涂两次，则效果最好。如果需要，我们会在六个月后返回检查学生的口腔健康情况，并给牙齿涂氟。

好处：氟化物是一种常见矿物质，有助于使牙齿坚固并防止蛀牙。氟化物涂层可以防止蛀蚀开始，也能减缓蛀蚀发生的速度。给牙齿涂氟能预防今后出现蛀牙。

如不给牙齿涂氟：牙齿今后更可能出现蛀蚀，需要补牙等治疗。

风险：尽管罕见，但有些人对氟化物涂层里的某种成分过敏。对创可贴、松香或牛奶蛋白（酪蛋白）过敏的学生可能无法接受牙齿涂氟。有严重哮喘的学生也应该避免牙齿涂氟。

窝沟封闭

封闭剂是一种特殊涂料，涂在牙槽（窝沟）内。

封闭剂通常涂在恒白齿的牙槽内。为了涂封闭剂，我们清洁牙齿表面，保持干燥，直到封闭剂固化。

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。

一些封闭剂的材料中含氟化物。我们可以在有轻微蛀蚀的牙齿上使用这种封闭剂，以阻止蛀蚀变大。

若无窝沟封闭剂：牙槽里会发生蛀蚀。这可能意味着今后需要补牙。刷牙不彻底而且食用含糖饮料和食物的学生更可能出现牙齿蛀蚀。

风险：罕见情况下，有些人可能对窝沟封闭剂材料过敏。

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。

我们可以用振动器械去除牙结石。我们可以用特殊电动牙刷和抛光牙膏去除顽固色渍。

好处：牙结石是在牙齿上矿化的牙菌斑。它通常形成在牙龈附近，会刺激牙龈。如果不治疗，它会导致牙龈疾病。

若不洗牙：牙结石会形成粗糙表面，留住牙菌斑。这会使牙齿在家中更难清洗。不清除牙结石还会导致牙龈疾病。

风险：没有潜在风险。

后续治疗

如果学生的护理计划中需要额外的后续治疗，Smile Squad会和你讨论此事并征求你的知情同意。