

同意书

维多利亚州政府新的学校牙科服务计划——微笑小队（Smile Squad）——即将到访您孩子就读的学校。这意味着所有儿童都可以在学校得到免费的牙科检查、预防服务和治疗。

如需获得更多信息或需要帮助填写表格，请：

- 发电邮至：smilesquad@dhs.vic.gov.au
- 致电：1300 503 977
- 浏览网站：www.smilesquad.vic.gov.au

您需要做的是：

- 1 阅读微笑小队（Smile Squad）的信息表
- 2 填写并签署本文件包内（第 3-8 页）的表格
- 3 尽快把表格交回。请将填妥的表格放入所提供的信封内，并交回学校。
- 4 保留本文件包内其他的信息，以备将来参考。

请用大写字母填写所有表格

本同意书有下列语言版本：

Arabic - استمارة موافقة

Dari - فورم رضایت خط

Simplified Chinese - 同意书

Traditional Chinese - 同意書

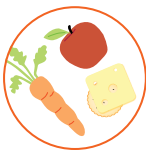
Turkish - onay formu

Urdu - رضامندی فارم

Vietnamese - giấy đồng ý



浏览网站：www.smilesquad.vic.gov.au/consent



选择新鲜食物，并限制含糖食物、饮料和糖果



早晚都要用含氟牙膏刷牙



多饮自来水

This page has been left intentionally blank

微笑小队 (Smile Squad) 信息表

每个孩子都应该拥有健康的微笑。

龋齿是澳大利亚最常见的儿童疾病，但可以预防。定期检查牙齿可以及早发现和解决问题。

牙科服务

微笑小队 (Smile Squad) 在课间为在校学生提供免费的牙科服务。这包括任何必要的一般性治疗。

微笑小队 (Smile Squad) 的工作人员包括口腔健康治疗师、牙科治疗师、口腔健康教育工作者、牙科助理和牙医。

我需要付费吗?

不需要。这是维多利亚州政府提供的免费服务。

检查 (牙科检查) 包括什么内容?

全面的牙科检查包括检查孩子的牙齿、牙龈、下巴和口腔。

如果您同意，我们可能会提供以下服务：

服务项目	内容
洁齿	清洁牙齿以去除牙石 (硬斑) 或顽固污渍
牙科 X 射线检查	X 射线检查 (通常是口腔两侧各照一张) 有助于了解牙龈下面和牙齿内部的情况
牙齿涂氟	我们每六个月会为孩子的全部牙齿涂上粘性氟化物，以帮助防止蛀牙
窝沟封闭	把涂层涂在白齿上以防止蛀牙。一些窝沟封闭材料含有氟化物

把涂层涂在白齿上以防止蛀牙。一些窝沟封闭材料含有氟化物

如果您的孩子需要额外的治疗，微笑小队 (Smile Squad) 会与您联系，就此事与您沟通并寻求同意。

我是否必须带着孩子一同去看牙医?

您不需要陪孩子一起参加检查，但如果您想参加，我们欢迎您参加。请与微笑小队 (Smile Squad) 联系，通知他们您想参加。

如果您的孩子需要进一步治疗，我们可能会请您与他们一同前来。

如果我的孩子最近接受过牙科治疗怎么办?

如果您的孩子最近看过牙医，则他们可能不需要 X 射线检查和其他预防服务。

微笑小队 (Smile Squad) 可以为您提供孩子提供定期的牙科服务。我们每年将会更频繁地访问你们学校，帮助有需要的学生。

微笑小队 (Smile Squad) 到访期间如果我的孩子不在学校怎么办?

如果您的孩子不在学校，我们可以改天再去看他们，或者您可以到当地的社区牙科机构来找我们。

如需查找离您最近的社区牙科诊所，请浏览网站：

<https://www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search>

儿童牙科福利计划 (英文简称 CDBS)

什么是儿童牙科福利计划 (英文简称 CDBS) ?

澳大利亚儿童牙科福利计划 (英文简称 CDBS) 与 Medicare 类似。

符合条件的 2 至 17 岁的青少年儿童每两年内都可以获得由 CDBS 资助的基本牙科保健服务。

对于符合条件的学生，微笑小队 (Smile Squad) 将使用 CDBS 为其服务。

如果您签署了本文件包中的同意书，我们将代表您向 CDBS 报销费用。

如果我的孩子不符合资格，无法使用 CDBS 或 Medicare 该怎么办?

您的孩子仍可享受免费的牙科保健。公立学校的所有学生均有资格获得微笑小队 (Smile Squad) 的服务。

隐私

微笑小队 (Smile Squad) 会尊重您的隐私。完整详情请参阅本文件的最后一页。

反馈意见

请随时告知我们您的想法 (无论是正面还是负面的评价)。您可以把反馈意见以电邮方式发送至：
smilesquad@dhsv.org.au

This page has been left intentionally blank

请签署此同意书以接受微笑小队 (Smile Squad) 的服务

由办事人员填写

DR 编号: _____

学校名称: _____

年级/班: _____
(例如: 2B)

学生姓名: _____

学生的出生日期: ____ / ____ / ____

本人同意本人的孩子 (姓名如上所示) 参加微笑小队 (Smile Squad) 学校牙科计划。

本人同意让本人的孩子在其学校课间接受以下服务项目:

牙科检查 (检查) 同意 不同意

注: 须先接受牙科检查, 方可接受其他服务项目

牙齿 X 射线检查 同意 不同意

窝沟封闭 同意 不同意

清洁牙齿 同意 不同意

牙齿涂氟* 同意 不同意

*如果您的孩子对创可贴、松脂、松香、牛奶蛋白 (酪蛋白) 过敏, 或有严重哮喘, 则可能不适合使用涂层产品。请在下面说明。

本人确认, 本人已经按要求向微笑小队 (Smile Squad) 提供了就本人所知的所有与本人的孩子相关的健康和个人信息, 以便他们为其提供适当的照护服务。

本人确认, 签署同意书即表示本人已阅读此同意书及微笑小队 (Smile Squad) 信息表的内容。本人获得了足够的信息来理解下列几点:

牙科服务

- 由微笑小队 (Smile Squad) 提供的牙科服务的类型, 包括所涉及的好处和风险, 提供服务的地点, 以及谁将会提供这些服务。
- 我们正在培养下一代的口腔保健专业人员。我们可能安排牙科/口腔健康专业学生在微笑小队 (Smile Squad) 资深临床医师的监督下为您的孩子提供服务。

您是否同意牙科/口腔保健专业的学生为您的孩子提供服务? 是 否

牙科服务之后的照护

- 如果本人的孩子接受牙科服务后在学校感到不适, 或者需要额外照护而校内无法处理, 微笑小队 (Smile Squad) 的临床医师或学校工作人员可以与本人联系。

病患同意公费全额报销

- 本人不会为微笑小队 (Smile Squad) 提供的服务支付任何自付费用。

隐私

- 本人已阅读并理解本文件包中的隐私信息, 并了解该计划将如何处理与本人的孩子有关的医疗保健信息。

家长/监护人签名: _____

家长/监护人的姓名: _____

日期: ____ / ____ / ____

本同意书自签署之日起 12 个月内有效。

公费全额报销诊金病患同意书

Medicare 要求我们向您提供以下信息。如果您使用 CDBS, 则这些金额会从您的 CDBS 福利上限中扣除:

服务项目	CDBS 公费全额报销费用	自付金额
牙科检查 (检查)	53.35 澳元	0.00 澳元
牙齿 X 射线检查 (如有需要)	每项 X 射线检查为 30.85 澳元	0.00 澳元
窝沟封闭 (如有需要)	每颗牙 (报销上限为) 46.65 澳元	0.00 澳元
清洁牙齿 (如有需要)	(报销上限为) 90.85 澳元, 根据所需的清洁程度而定	0.00 澳元
全齿涂氟 (如有需要)	每次 35.00 澳元 (12 个月内最多做2次)	0.00 澳元

学生资料

学校名称: _____

年级/班: _____
(例如: 2B)

学生资料

名字: _____

姓氏: _____

性别: 男 女 不想说

出生日期: ____ / ____ / ____

地址: _____

区: _____

邮政编码: _____

一方家长/监护人的资料

另一方家长/监护人的资料(非必填项)

名字: _____

名字: _____

姓氏: _____

姓氏: _____

与孩子的关系: _____

与孩子的关系: _____

手机号码: _____

手机号码: _____

电邮地址: _____

电邮地址: _____

您的孩子是否为原住民或托雷斯海峡岛民?

您的孩子是否为寻求庇护者或难民?

- 否, 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
- 既是原住民又是托雷斯海峡岛民
- 不想说

- 寻求庇护者
- 难民
- 否, 既不是寻求庇护者, 也不是难民

Medicare 卡号:

个人参考号:

有效期至: /



您需要口译服务吗? 是 否

您的孩子需要口译服务吗? 是 否

首选语言: _____

您的孩子是否在澳大利亚出生? 是 否, 您的孩子出生在哪个国家? _____

请签署《病患公费全额报销诊金同意书》，允许微笑小队 (Smile Squad) 用 Medicare 报销费用



Australian Government
Department of Health

儿童牙科福利计划 病患公费全额报销诊金同意书

本人，即病患本人/合法监护人，谨此确认已被告知：

- 根据儿童牙科福利计划自即日起提供或将提供的治疗；
- 这种治疗可能导致的费用；以及
- 儿童牙科福利计划下的服务项目将执行公费全额报销，而本人无需为这些服务自费支付费用，但前提是在福利计划上限下有足够的资金。

本人明白，本人/病患只能获得福利计划上限下的牙科福利。

本人明白，某些服务项目的福利可能会有限制，儿童牙科福利计划所涵盖的服务范围有限。本人明白，对于任何非儿童牙科福利计划包括的服务项目，本人需自费支付。

本人明白，服务的费用会降低可用的福利上限，一旦福利金额用尽，本人需自费承担任何额外的服务费用。

病患的 Medicare 号码

病患/法定监护人签名

病患姓名

签名人（若非患者）的姓名

日期

此表有效期至所签署日历年的 12 月 31 日为止。

我们询问这些医疗状况，因其会影响您孩子的牙齿健康或我们提供的牙齿保健。我们意识到其中有一些非常私人的问题。请就您所知尽量提供信息。

我有关于孩子的个人信息，但我不想写下来。我想就此事和微笑小队（Smile Squad）的工作人员私下谈谈。
如果此项适用，请在空格内打勾

您的孩子是否有过敏症?

是 否

这包括对食品、药品和/或产品过敏。例如：乳胶、创可贴、树脂、松香、牛奶蛋白（酪蛋白）

如果“是”，请详细说明：

您的孩子在过去六个月内是否曾因严重哮喘住院?

是 否

如果“是”，请详细说明：

您的孩子目前是否正在服用药物?

是 否

这包括使用哮喘吸入器

如果“是”，请详细说明：

您的孩子是否患有我们在提供治疗时需要考虑的疾病或残疾?

是 否

例如：需要使用轮椅出入的身体残疾；感官或智力残疾

如果“是”，请详细说明：

如果您的孩子曾有过以下情况，请勾选：

呼吸道疾病

例如：哮喘、肺病、结核病

是 否

心脏疾患或心脏杂音

是 否

心脏手术

例如：人工心脏瓣膜、起搏器

是 否

风湿热

是 否

低或高血压

是 否

癌症治疗，包括化疗或放疗

是 否

出血过多或血液疾病

是 否

其他手术

例如：移植、人工关节

是 否

头部、颈部或脊柱受伤

是 否

癫痫发作或癫痫症

是 否

慢性疾病

例如：中风、关节炎

是 否

糖尿病

什么类型? _____

是 否

肾脏疾病

是 否

肝脏疾病

是 否

其他的医疗状况

是 否

请详细说明

您的孩子是否抽烟?

是 否 不清楚

您的孩子是否喝酒?

是 否 不清楚

如您已在上述任何一项上勾选“是”，请具体说明: _____

学生姓名: _____

出生日期: ____ / ____ / ____

您对以下问题的回答可以帮助微笑小队 (Smile Squad) 了解您对孩子的口腔是否有特别担心之处。这将帮助我们专注于对您来说最重要的方面。

您是否担心孩子……

有口腔疼痛? 是 否

因牙齿或口腔问题有进食或饮水困难? 是 否

因牙齿或口腔问题而说话口齿不清? 是 否

因牙齿或口腔问题而缺课或错过其他活动? 是 否

因牙齿或口腔问题而不在其他孩子面前微笑、说话或大笑? 是 否

牙齿或口腔有其他问题? 是 否

如您已在上述任何一项上勾选“是”，请具体说明:

您对以下问题的回答有助于我们了解您孩子的牙科经历。

您的孩子以前是否做过牙齿检查? 是——在私人牙科诊所 否

是——在公共/社区牙科诊所

是——在其他机构/不确定

上次做检查的日期 (如果知道的话):

____ / ____ / ____

您的孩子目前是否在接受牙科专家的治疗? 是 您的牙科专家的姓名和地址: _____ 否

如牙齿矫正医师

您的孩子在之前看牙医的过程中或之后是否有任何您想 是 请具体说明: _____ 否

让我们知道的恐惧、敏感或负面经历? 不适用

您是否有什么方法或支持来帮助您的孩子更好地应对 是 请具体说明: _____ 否

新环境?例如: 他们喜欢的玩具、手机应用程序、书籍 不适用

在我们为您的孩子做牙科和口腔检查之前, 您是否还有 是 请具体说明: _____ 否

什么想让我们知道的?

在过去的 6 个月内, 是否曾因这些因素让您的孩子无 与最近的牙科诊所的距离 否

法接受牙科保健服务?

费用

其他原因——请具体说明:

口腔健康问卷——第 2 部分

学生姓名: _____

出生日期: ____ / ____ / ____

除了检查牙齿，微笑小队 (Smile Squad) 还能查出您的孩子将来是否有可能蛀牙。我们通过了解孩子目前的口腔健康状况、以往的治疗以及饮食和刷牙习惯来做到这一点。您对以下问题的回答有助于我们制定最佳计划，以帮助孩子保持牙齿健康。

您的孩子在过去三年内是否因蛀牙而补牙或拔牙? 是 否 不清楚 如果“是”，请具体说明: _____

您的孩子口腔内是否佩戴任何装置? 例如: 正畸板、固位器、磨牙牙套、假牙或护齿器 是 否 如果“是”，请具体说明: _____

您的孩子是否做运动? 是 否 如果“是”，请具体说明: _____

您的孩子在两餐之间吃含糖零食的频率如何? 一天三次或以上 一周几次 一天一两次 几乎从来没有

您的孩子多久喝一次果汁或含糖饮料? 一天三次或以上 一周几次 一天一两次 几乎从来没有

您的孩子在家喝什么类型的水? (未过滤的) 自来水 瓶装水 雨水收集箱的水或井水 其他 (比如过滤水)

您的孩子用牙膏刷牙的频率如何? 每天一次 (早上) 每天少于一次 每天一次 (晚上) 每天两次以上 每天两次

您的孩子用什么类型的牙膏? 标准含氟牙膏 无氟牙膏 儿童含氟牙膏 不知道/不确定

您的孩子刷牙后通常做什么? 把牙膏吐出来 吞下牙膏 用水漱口并吐出 用水漱口并吞下

在过去的六个月内，您的孩子是否在牙科诊所做过牙齿涂氟? 是 否 不清楚 如果“是”，请具体说明: _____

与您的孩子同住的家庭成员或其他人是否有严重的牙齿和/或牙龈问题? 是 否 不清楚

孩子的父母或其他成年人是否帮助孩子刷牙? 是 否 不适用

如对上述问题回答“是”，则具体提供什么帮助? 把牙膏挤到牙刷上，并为孩子刷牙 只把牙膏挤到牙刷上 观察指导 其他 (请具体说明): _____

由办事人员填写	<input type="checkbox"/> 完成	日期: ____ / ____ / ____	姓名首字母缩写: _____
	<input type="checkbox"/> 随访	日期: ____ / ____ / ____	姓名首字母缩写: _____

这些牙科服务项目的具体含义是什么？

微笑小队 (Smile Squad) 只会提供对您的孩子有益的服务。

牙科检查 (检查)

牙科检查包括检查牙齿、牙龈、下巴和口腔。

益处: 检查是及早发现问题的最好方法。一旦我们知道发生了什么, 我们就可以计划后续护理或治疗。

如果不做检查: 则我们无法发现问题。如果不治疗, 问题可能会变得更糟。

风险: 无可能存在的风险。

牙齿 X 射线检查

X 光机利用辐射来拍摄人体内部的情况。

我们用放入口腔内的小型胶卷对牙齿进行 X 光扫描。我们通常会进行两次 X 光检查, 口腔两侧各一次, 但有时为了更仔细地观察某个区域, 我们可能会进行更多的检查。

益处: 牙科 X 射线检查给我们提供了肉眼无法看到的牙齿情况。X 射线可以发现蛀牙、感染或乳牙下的恒牙问题。这有助于我们制定治疗计划。

如果不做 X 射线检查: 则我们可能会错过那些本来只要发现就可以解决的问题。

风险: 牙科 X 射线检查非常安全。我们通常用于拍摄的 X 射线辐射比乘坐飞机受到的辐射要低。

涂氟处理

牙齿涂氟是一种预防性治疗措施。

在牙齿上涂氟很简单, 通常只需几分钟时间。我们用小刷子或棉签为牙齿涂氟。这种涂层可以粘在牙齿上好几个小时。您可以看到牙齿上的氟涂层, 直到溶解为止。

牙齿涂氟每年至少做两次, 效果最佳。如有需要, 我们会在六个月后回来检查孩子的口腔健康, 并做牙齿涂氟。

益处: 氟化物是一种常见的矿物质, 有助于强健牙齿和防止蛀牙。氟涂层可阻止蛀牙发生。它还可以减缓蛀牙的速度。牙齿涂氟可预防将来蛀牙。

如果不做牙齿涂氟: 则牙齿可能更容易龋坏而将来需要进行如补牙等治疗。

风险: 虽然这很少见, 但有些人会对涂氟中的某种成分过敏。对创可贴、松香、树脂或牛奶蛋白 (酪蛋白) 过敏的儿童也许不能做涂氟。患有严重哮喘的儿童也应避免做涂氟。

窝沟封闭

密封剂是涂在牙槽 (裂缝) 上的一种特殊涂层。

密封剂通常用于恒磨牙的凹槽内。做窝沟封闭时, 我们要清洁牙齿表面, 保持干燥, 直到密封剂凝固。

益处: 密封剂填充了牙齿的凹槽, 防止食物和细菌卡在里面。这可以防止从凹槽开始蛀牙。

一些密封材料含有氟化物。我们可以把它用在有小蛀洞的牙齿上, 防止蛀洞变大。

如果不做窝沟封闭: 则牙齿的凹槽处可能会发生蛀牙。这可能意味着以后需要补牙。孩子如果不能很好地清洁牙齿, 并摄入含糖饮料和食物, 则更容易发生蛀牙。

风险: 在极少数情况下, 有些人可能对窝沟封闭所使用的材料过敏。

洁齿

针对刷牙方法未能去除的牙石 (硬斑) 或顽固污渍, 可能需要对牙齿进行额外清洁处理。

我们可以用振动仪除去牙石。我们可以用一种特殊的电动牙刷和抛光膏去除顽固的污渍。

益处: 牙石是一种硬化在牙齿上的菌斑。它通常在牙龈附近形成, 会刺激牙龈。如果不及时治疗, 可能会导致牙龈疾病。

如果不清洁牙齿: 牙石表面粗糙, 可能会积聚菌斑。这使得更加难以在家保持牙齿清洁。牙垢若不处理也会导致牙龈疾病。

风险: 不存在可能的风险。

后续治疗

如果您的孩子需要额外的后续治疗作为保健计划的一部分, 微笑小队 (Smile Squad) 将致电给您说明有关这些治疗的进一步信息。微笑小队 (Smile Squad) 将确保在获得您的知情同意后, 才开始进行额外的治疗。

隐私、您的权利和责任

微笑小队 (Smile Squad) 是维多利亚州政府的一项计划。Dental Health Services Victoria (DHSV) 正与它的社区牙科机构合作实施这一计划。

微笑小队 (Smile Squad) 会保护您的隐私。他们会为您的个人和健康信息保密并确保其安全。微笑小队 (Smile Squad) 将存储、维护和使用这些信息，以满足 Privacy and Data Protection Act 2014 和 the Health Records Act 2001 设定的高标准。

我们遵守这些法律和指引。它们规定我们何时以及如何收集、使用、处理和销毁所有的个人和健康信息。

微笑小队 (Smile Squad) 只收集必要的个人和健康信息。在到校提供服务期间，微笑小队 (Smile Squad) 可能需要从您本人或孩子那里收集额外的信息。我们这样做是为了尽可能地提供最好的保健方案。

我们会收集信息并将其存储在孩子的牙科记录中。经授权的微笑小队 (Smile Squad) 人员 (来自 DHSV 和维多利亚州社区牙科机构) 可调阅这些资料。

我们使用并分享您孩子的个人和健康信息，主要目的是：

- 确定孩子的牙科保健需求，并
- 为他们提供牙科保健和治疗。

在某些时候，我们会收集数据和反馈意见，以供微笑小队 (Smile Squad) 评估和改善我们的服务。我们会为您的身份保密。

我们将删除您本人或孩子的任何身份识别信息。我们需要在 DHSV、Department of Education and Training 和 Department of Health 等政府机构之间共享匿名信息。我们这样做的目的是让我们可以共同了解维多利亚州所有校内儿童的口腔健康情况。

在其他情况下，如果依法要求或许可，微笑小队 (Smile Squad) 可能会使用或披露您孩子的健康资料。

您可以与微笑小队 (Smile Squad) 联系，要求查阅您孩子的牙科记录。在某些情况下，您也可以通过《信息自由法 (Freedom of Information) 》(英文简称 FOI) 的程序获取资料。如需查阅 DHSV 的隐私保护声明，请浏览 DHSV 网站：<https://www.dhsv.org.au/privacy>

在某些情况下，出于对孩子的安全、健康和福祉的支持需要，微笑小队 (Smile Squad) 可能会与孩子的学校分享信息。学校通过微笑小队 (Smile Squad) 收集或接收的有关孩子的信息，将根据学校的隐私政策进行使用和管理，而这些政策内容可从学校获得。

如果出于对孩子的安全、健康和福祉的支持需要，您孩子的学校也可能在预约检查期间将其已经拥有的信息与微笑小队 (Smile Squad) 分享。

权利和责任

您可以浏览 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 的网站查阅您的医疗保健权利说明，网址为：<https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/australian-charter-healthcare-rights-second-edition-a4-accessible>