



صبح و شب دندانهایتان
را مسواک بزنید



میوه و سبزیجات
بیشتر بخورید



برای نوشیدن آب را
انتخاب کنید



معاینه دندانپزشکی
منظم داشته باشید



برنامه سیار گسترش دندانپزشکی اداره بهداشت نیو سات ویلز

کاری که باید شما بکنید:

1. همه اطلاعات موجود در این مجموعه را **بخوانید**
2. فرم رضایت را به انگلیسی **تکمیل کنید**
3. فرم رضایت به درمان را **امضا کنید**
4. پرسشنامه اطلاعات عوامل خطر را **تکمیل کنید** (این به ما کمک می کند مراقبت شخصی مناسب به فرزند شما ارائه دهیم)
5. برگه اطلاعاتی جدول مزایای دندانپزشکی **کودک را بخوانید**
6. فرم رضایت بیمار در رابطه با صدور Bulk Bill (فرستادن مستقیم صورتحساب به مدیکر) برای جدول مزایای دندانپزشکی **کودک را امضا کنید** (اختباری)
7. در اسرع وقت، **فرمهای رضایت را به مدرسه فرزندان برگردانید**

اداره بهداشت نیو سات ویلز خوشوقت است که به فرزند شما معاینه رایگان دندانپزشکی ارائه دهد.

این مجموعه شامل اطلاعات مربوط به برنامه دندانپزشکی سیار اداره بهداشت نیو سات ویلز برای مدارس ابتدایی می باشد و همچنین

- فرم رضایت به درمان
- فرم رضایت مالی

آیا هزینه ای وجود دارد؟

نه، این یک خدمت رایگان است که دولت نیو سات ویلز تامین می کند.

فرزند شما ممکن است برای جدول مزایای دندانپزشکی کودک دولت فدرال (CDBS) که شبیه مدیکر است نیز واجد شرایط باشد. اگر فرم رضایت CDBS را امضا کنید، دولت استرالیا به ما اجازه می دهد که از طرف شما برای این مراقبت های دندان هزینه ای را مطالبه کنیم. اگر فرزند شما واجد شرایط نباشد، اداره بهداشت نیو سات ویلز مراقبت را بدون هزینه برای شما تامین خواهد کرد.

ما شما را تشویق می کنیم که فرم رضایت مالی CDBS را امضا کنید چون به ما در تامین مراقبت دندانپزشکی در نیو سات ویلز کمک می کند، اما اجباری نیست.

اطلاعاتی درمان

شامل چه چیزی است؟

اگر رضایت بدهید، کودکان می توانند این خدمات را دریافت کنند.

توصیف	درمان
معاینه کامل شامل: ارزیابی عوامل خطر، آموزش بهداشت دهان، ارزیابی رشد (اندازه گیری قد و وزن و محاسبه شاخص توده بدنی (BMI)). ارزیابی رشد در طول معاینه دندان به عنوان بخشی از مراقبت های بالینی با کیفیت، در کلینیک های دندانپزشکی دولتی اداره بهداشت نیو سات ویلز برای همه کودکان دبستانی، یک عمل استاندارد است.	معاینه دندانپزشکی
دو عکس اشعه ایکس کوچک دندان (در صورت لزوم) - برای مشاهده داخل دندان ها و زیر لثه ها برای بررسی رشد دندان های دائمی.	عکسهای اشعه ایکس دندان (در صورت لزوم)
عکس های بالینی داخل دهان (در صورت نیاز) از دندان ها، لثه ها، زبان، گونه ها و لب ها	تصویر بالینی (در صورت لزوم)
یک بار تمیز کردن دندانها برای از بین بردن پلاک و / یا جرم دندان.	تمیز کردن دندان (در صورت لزوم)
پوشاندن شیارهای دندانهای آسیاب دائمی به منظور کمک به پیشگیری از فاسد شدن دندانها.	فیشور سیلانت (در صورت لزوم)
زدن یک خمیر چسبناک فلوراید به دندانها به منظور کمک به پیشگیری از فاسد شدن دندانها.	زدن وارنیش فلوراید (در صورت لزوم)

توصیه می شود برای مطالعه بیشتر در مورد درمان هایی که ممکن است فرزندان دریافت کند، به وبسایت مراجعه کنید. یا با منطقه بهداشت محل خود که جزئیات آن در صفحه بعد نوشته شده است تماس بگیرید.

پرسشهای مربوط به برنامه سیار گسترش دندانپزشکی اداره بهداشت نیو سات ویلز

برای دریافت اطلاعات بیشتر در باره برنامه سیار گسترش دندانپزشکی اداره بهداشت نیو سات ویلز، از جمله موارد زیر:

- سوالات متداول
- گزینه‌های درمانی
- بیانیه حریم خصوصی ما
- روش استفاده از اطلاعات شما

از سایت <https://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach/Pages/default.aspx> یا کد QR زیر را اسکن کنید



آیا به مترجم نیاز دارید؟

اگر برای پر کردن این فرمها به مترجم نیاز دارید، لطفاً به یکی از شماره‌های زیر تلفن بزنید.

تلفن	منطقه بهداشت محلی
(02) 4924 6285	Central Coast LHD, Far West LHD, Hunter New England LHD, Mid North Coast LHD, Northern LHD and Western LHD
1800 247 272	Illawarra Shoalhaven LHD, Murrumbidgee LHD and Southern NSW LHD
(02) 8738 6088	South Western Sydney LHD
1800 477 233	South Eastern Sydney LHD, Sydney LHD
(02) 9912 3800	Nepean Blue Mountains LHD, Northern Sydney LHD, Western Sydney LHD

چه کنم اگر فرزند من هم اکنون از مراقبت های منظم دندانپزشکی برخوردار است؟

اگر کودک شما به طور منظم از خدمات دندانپزشکی خصوصی استفاده می کند، توصیه می شود به مراقبت ادامه دهید. در نیو سات ویلز همه کودکان می توانند در کلینیک های دندانپزشکی دولتی مراقبت های دندان رايگان دریافت کنند. کلینیک های دولتی دندانپزشکی خدمات دندانپزشکی عمومی و اورژانسی را ارائه می دهند.

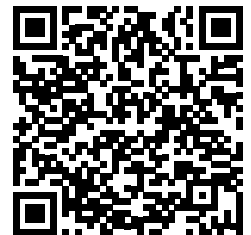
چه کنم اگر کودک من در حال حاضر یک مشکل فوری دندان داشته باشد؟

علائمی که نشان می دهد کودک شما ممکن است به مراقبت های فوری دندان نیاز داشته باشد عبارتند از:

- ورم صورت
- ورم در دهان
- خونریزی مداوم در دهان
- تصادفی که منجر به آسیب به دهان یا دندان شود درد دندانی (مثلاً در دندانها، دهان، لثه‌ها یا آرواره)

با کلینیک دولتی دندانپزشکی محلی خود تماس بگیرید در خارج از ساعات اداری، فرزندان را به بخش اورژانس یک بیمارستان دولتی ببرید.

برای اینکه ببینید در کدام منطقه بهداشت محلی (LHD) زندگی می کنید کد QR زیر را اسکن کنید:



فرم رضایت به درمان

لطفاً همه صفحات را تکمیل کنید

لطفاً فرم را با خودکار سیاه یا آبی به انگلیسی با حروف بزرگ تکمیل کنید. لطفاً فرم تکمیل شده را به مدرسه فرزندان برگردانید. اگر در مورد تکمیل کردن این فرم سوالی دارید، لطفاً با سرویس دندانپزشکی دولتی محلی خود تماس بگیرید.

مشخصات دانش‌آموز

نام خانوادگی: (آنطور که در کارت مدیکر او نوشته شده)

شماره کارت مدیکر (10 عدد):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره کودک روی کارت:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاریخ انقضای مدیکر:

لطفاً مربع‌هایی را که به فرزند شما مربوط می‌شود علامت بزنید:

کودک شماره مدیکر ندارد:

زبان/زبان‌هایی که در خانه به آن صحبت می‌شود:

انگلیسی دیگر (مشخص کنید)

نام/نامها:

جنسیت:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاریخ تولد:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کشور محل تولد:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام مدرسه:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

مترجم لازم دارید:

بله نه

وضعیت بومی بودن:

نه بومی نه جزیره نشین تنگه تورس

بومی

جزیره نشین تنگه تورس

هم بومی و هم جزیره نشین تنگه تورس

سال تحصیلی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

آدرس منزل: (مثلاً 5 Smith Lane)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

حومه:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

یک نماینده تصویب شده بومی لازم دارد:

بله نه

کد پستی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی:

نام/نامها:

رابطه با کودک:

شماره گوشی همراه:

آدرس ایمیل:

اطلاعات پزشکی

لطفاً مربع‌هایی را که به فرزند شما مربوط می‌شود علامت بزنید:

کودک من حساسیتی دارد (مثلاً به لاتکس، رزین طبیعی).

بله	<input type="checkbox"/>	نه	<input type="checkbox"/>	نمیدانم / مطمئن نیستم	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------------	--------------------------

کودک من بیماری دارد.

بله	<input type="checkbox"/>	نه	<input type="checkbox"/>	نمیدانم / مطمئن نیستم	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------------	--------------------------

کودک من به طور مرتب دارو لازم دارد.

بله	<input type="checkbox"/>	نه	<input type="checkbox"/>	نمیدانم / مطمئن نیستم	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------------	--------------------------

کودک من معلولیتی دارد.

بله	<input type="checkbox"/>	نه	<input type="checkbox"/>	نمیدانم / مطمئن نیستم	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------------	--------------------------

اگر به هر یک از موارد بالا جواب مثبت دادید، لطفاً شرح دهید.

آیا کودک شما در گذشته هیچ مشکل دندانی (مثلاً فاسد شدن دندان) داشته است؟

بله

نه

اگر در بالا جواب مثبت دادید، لطفاً توضیح دهید.

آخرین باری که فرزند شما یک متخصص دندانپزشکی را دید کی بود؟

کمتر از 12 ماه پیش

بیشتر از 12 ماه پیش

هرگز

نمیدانم / مطمئن نیستم

دیدار دندانپزشکی فرزند شما کجا بود:

مطب دندانپزشکی خصوصی، از جمله کلینیک دندانپزشکی بیمه بهداشتی

کلینیک دندانپزشکی دولتی / بیمارستان دندانپزشکی

هر محل دیگر

نمیدانم / مطمئن نیستم

برنامه دندانپزشکی سیار اداره بهداشت نیو سات ویلز برای مدارس ابتدایی

لطفاً نام و مشخصات تماس آخرین تامین کننده دندانپزشکی فرزندتان را بنویسید

آیا در 6 ماه گذشته فلوراید به دندانهای فرزند شما زده شده است؟

بله	<input type="checkbox"/>	نه	<input type="checkbox"/>	نمیدانم / مطمئن نیستم	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------------	--------------------------

آیا در 6 ماه گذشته فرزند شما عکسهای اشعه ایکس دندانی گرفته است؟

بله	<input type="checkbox"/>	نه	<input type="checkbox"/>	نمیدانم / مطمئن نیستم	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------	-----------------------	--------------------------

رضایت به درمان

- من اطلاعات ارائه شده در مورد برنامه سیار گسترش دندانپزشکی اداره بهداشت نیو سات ویلز را خوانده و درک کرده‌ام.
- می‌دانم که می‌توانم در هر زمانی رضایتم را پس بگیرم. برای انجام این کار، با منطقه بهداشت محل خود تماس بگیرید.
- من این فرصت را داشته‌ام تا از طریق تماس با شماره‌های تماس خدمات دندانپزشکی دولتی مندرج در این مجموعه اطلاعاتی یا با مراجعه به وب سایت، سؤالات خود را بپرسم و در مورد اطلاعاتی که به من داده شده است، توضیحاتی را کسب کنم: <https://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach/Pages/default.aspx>
- من می‌دانم که یک نماینده منطقه بهداشت محل ممکن است با من تماس بگیرد تا هر یک از اطلاعات ارائه شده در این فرم را روشن کند و/یا درباره سلامت دهان و دندان فرزندم صحبت کند.
- من این فرصت را داشته‌ام که بیانیه حریم خصوصی را در وبسایت اداره بهداشت نیو سات ویلز در: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx مرور کنم. من می‌دانم که اطلاعات شخصی من و/یا فرزندم (از جمله اطلاعات سلامتی) ممکن است در شرایط خاصی که در آن بیانیه ذکر شده است افشا شود.
- من اعلام می‌کنم که تا جایی که می‌دانم اطلاعات دقیقی در مورد فرزندم ارائه کرده‌ام، از جمله هرگونه شرایط پزشکی که ممکن است در درمان دندان تأثیر بگذارد. لطفاً موارد زیر را تکمیل کرده و در کادر کنار هر یک از درمان‌هایی که می‌خواهید فرزندتان دریافت کند، امضا کنید. اگر معاینه دندانپزشکی را امضا نکنید، هیچ قرار ملاقاتی ممکن نیست.

										من (نام کامل)
										در (تاریخ روز)
										در زیر امضا می‌کنم تا رضایت بدهم که فرزندم (نام کامل)
										موارد زیر را بسته به نیاز بالینی دریافت کند: (تاریخ تولد)،

درمان	توصیف	امضای والد / قیم قانونی
معاینه دندانپزشکی	معاینه کامل شامل ارزیابی عوامل خطر، ارزیابی رشد، و آموزش بهداشت دهان. بدون رضایت به معاینه دندانپزشکی، ارائه هیچ درمان دیگری ممکن نیست.	X
عکس اشعه ایکس دندان (در صورت لزوم)	بطور متوسط، دو عکس اشعه ایکس کوچک	X
تصویرهای بالینی (در صورت لزوم)	عکس های بالینی داخل دهان (در صورت نیاز) از دندان ها، لثه ها، زبان، گونه ها و/یا لب ها	X
تمیز کردن دندان (در صورت لزوم)	یک بار تمیز کردن دندانها برای از بین بردن پلاک و/یا جرم دندان	X
فیشر سیلانت (در صورت لزوم)	پوشاندن شیارهای دندانهای آسیاب دائمی به منظور کمک به پیشگیری از فاسد شدن دندانها.	X
زدن وارنیش فلوراید (در صورت لزوم)	زدن یک خمیر چسبناک فلوراید به دندانها به منظور کمک به پیشگیری از فاسد شدن دندانها.	X

آیا می‌خواهید در وقت ملاقات فرزندتان حضور داشته باشید؟ بله نه

برای کمک به ما در ارزیابی دندان‌های فرزندتان، لطفاً مناسب‌ترین مربع را علامت بزنید و مقادیر مورد نیاز را مشخص کنید:

- 1. کودک شما معمولاً هر چند وقت یک بار نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر مانند نوشابه گازدار، کوردیال، نوشیدنی‌های ورزشی، نوشیدنی‌های انرژی زا یا چای سرد می‌نوشد؟**
 (1 فنجان = 250 میلی لیتر. 1 قوطی نوشیدنی گازدار = 1.5 فنجان. یک بطری 500 میلی لیتری نوشیدنی ورزشی = 2 فنجان)
- | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| هر روز | <input type="checkbox"/> | تعداد تقریبی فنجانها در هر روز | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| چند بار در هفته | <input type="checkbox"/> | تعداد تقریبی فنجانها در هر هفته | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| به ندرت یا هرگز | <input type="checkbox"/> | نمیدانم / مطمئن نیستم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 2. کودک شما معمولاً هر چند وقت یک بار آب می‌نوشد؟**
 (1 فنجان = 250 میلی لیتر یا یک فنجان چای خانگی. یک بطری 600 میلی لیتری آب = 2.4 فنجان)
- | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| هر روز | <input type="checkbox"/> | تعداد تقریبی فنجانها در هر روز | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| چند بار در هفته | <input type="checkbox"/> | تعداد تقریبی فنجانها در هر هفته | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| به ندرت یا هرگز | <input type="checkbox"/> | نمیدانم / مطمئن نیستم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 3. کودک شما معمولاً هر چند وقت یک بار بیسکویت، کیک، شیرینی، یا اسنک بار می‌خورد؟**
 (اسنک بارها شامل بارهای میوزلی، بارهای صبحانه و بارها و توپ‌های پروتئینی/انرژی زا هستند)
- | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| هر روز | <input type="checkbox"/> | تعداد تقریبی در هر روز: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| چند بار در هفته | <input type="checkbox"/> | تعداد تقریبی در یک هفته: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| به ندرت یا هرگز | <input type="checkbox"/> | نمیدانم / مطمئن نیستم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 4. فرزند شما هر چند وقت یک بار دندانهایش را با خمیر دندان مسواک می‌زند؟**
- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| به ندرت یا هرگز | <input type="checkbox"/> |
| کمتر از روزی یکبار | <input type="checkbox"/> |
| یک بار در روز | <input type="checkbox"/> |
| دو بار در روز | <input type="checkbox"/> |
| بیش از دو بار در روز | <input type="checkbox"/> |
| نمیدانم / مطمئن نیستم | <input type="checkbox"/> |
- 5. فرزند شما از چه نوع خمیر دندان استفاده می‌کند؟**
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| خمیر دندان استاندارد فلوراید | <input type="checkbox"/> |
| خمیر دندان فلوراید کودکان | <input type="checkbox"/> |
| خمیر دندان بدون فلوراید | <input type="checkbox"/> |
| نمیدانم / مطمئن نیستم | <input type="checkbox"/> |
- 6. دندان‌ها و دهان فرزندتان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟**
- | | |
|------------|--------------------------|
| خراب | <input type="checkbox"/> |
| نسبتاً خوب | <input type="checkbox"/> |
| خوب | <input type="checkbox"/> |
| خیلی خوب | <input type="checkbox"/> |
| عالی | <input type="checkbox"/> |

لطفاً از این مجموعه به عنوان راهنمای تکمیل کردن فرم انگلیسی رضایت استفاده کنید

برگه اطلاعاتی جدول مزایای دندانپزشکی کودک

مراقبت دندانپزشکی برای کودکان در نیو سات ویلز

در نیو سات ویلز همه کودکان می‌توانند از خدمات دندانپزشکی دولتی رایگان بهره‌مند شوند.

بعضی از کودکان ممکن است برای جدول مزایای دندانپزشکی کودک دولت فدرال (CDBS) نیز واجد شرایط باشند، در هر حالت، همان استاندارد بالای مراقبت را بدون هزینه‌ای برای شما دریافت خواهند کرد.

CDBS چیست؟

CDBS توسط دولت فدرال مدیریت می‌شود و برای کودکان واجد شرایط دسترسی به خدمات دندانپزشکی را تا میزان 1095 دلار در طی دو سال تأمین می‌کند.

کودکان در صورتی واجد شرایط هستند که:

- در هر یک از روزهای سال تقویمی سنشان از صفر تا 17 سال باشد و
- برای مدیکر واجد شرایط باشند و
- عضو خانواده‌ای باشند که Family Tax Benefit Part A دریافت می‌کند، یا کودک یکی از پرداختی‌های دولت استرالیا را از لیست موجود در وبسایت Department of Human Services

<https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

دریافت می‌کند.

لازم نیست فرزندتان را برای CDBS ثبت نام کنید.

فرزند من چگونه می‌تواند از CDBS استفاده کند؟

فرزند شما می‌تواند از CDBS در این نقاط استفاده کند:

- برنامه موجود در این مدرسه.
- یک کلینیک دندانپزشکی دولتی نیو سات ویلز یا،
- یک کلینیک دندانپزشکی خصوصی.

رضایت مالی

هیچ هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت. حتی اگر فرم رضایت مالی را امضا نکنید فرزند شما درمان دندانپزشکی رایگان از اداره بهداشت نیو سات ویلز دریافت خواهد کرد.

فرم رضایت مالی فرمی جدا از فرم رضایت درمان سبز است.

اگر به حد اکثر 1095 دلار برسد، یا فرزند شما نیاز به درمان بیشتری داشته باشد که پوشش داده نمی‌شود، هیچ هزینه‌ای از شما دریافت نمی‌شود.

آنچه که باید در مورد ارزش مراقبت از دندان کودک خود بدانید.

اگر رضایت مالی بدهید، آنگاه ما می‌توانیم از دولت فدرال مبلغی را مطالبه کنیم. این مبلغ برای هیچ یک از درمانهای مذکور بیشتر از 622.10 دلار نخواهد بود. شما هزینه هیچیک از درمانها را نخواهید پرداخت.

اولین وقت ملاقات

حداکثر ارزش درمانی که ممکن است تحت CDBS برای اولین قرار ملاقات فرزند شما درخواست شود در جدول زیر مشخص شده است:

ارزش CDBS	کد اقلام درمانی	توصیف درمان
\$57.65	88011	معاینه دندانپزشکی
\$33.35 x 2	88022 x 2	دو عکس اشعه ایکس کوچک دندان
\$58.90	88111*	یک بار تمیز کردن دندان برای از بین بردن پلاک
\$98.20	88114*	یک بار تمیز کردن دندان برای از بین بردن جرم دندان
\$37.85	88121	زدن وارنیش فلوراید
\$50.45 x 4 \$25.25 x 4	88161 x 4 88162 x 4	فیشور سیلانت شیارهای حد اکثر 8 دندان آسیاب دائمی
\$622.10		کل هزینه

* لطفاً توجه کنید که فقط یکی از این دو قلم را می‌شود در یک وقت ملاقات مطالبه کرد.

وقت ملاقات بازبینی (در صورت لزوم)

حداکثر ارزش درمانی که ممکن است تحت CDBS برای قرار ملاقات بازبینی فرزند شما درخواست شود در جدول زیر مشخص شده است:

ارزش CDBS	کد اقلام درمانی	توصیف درمان
\$30.10	88013	معاینه دندانپزشکی
\$37.85	88121	زدن وارنیش فلوراید
\$67.95		کل هزینه

اگر درمان بیشتری لازم باشد خدمات دندانپزشکی دولتی با شما تماس خواهند گرفت تا در این مورد و ارزش CDBS هر درمان مورد لزوم با شما صحبت کنند.

پایمان جميع الأطفال الذين يعيرون في نیو ساوت ویلز تلقی خدمات تطیب أستان حكومية مجاناً.

برای آگاهی بیشتر

از وبسایت www.health.nsw.gov.au/cdbcs یا وبسایت Department of Human Services دولت استرالیا در

<https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

دیدن کنید.

شما می‌توانید از طریق حساب آنلاین مدیکرتان در my.gov.au یا تلفن زدن به شماره 132 011 واجد شرایط بودن فرزندتان و باقیمانده CDBS او را چک کنید.

FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____ / ____ / ____

M.O.

Facility:

ADDRESS

**CHILD DENTAL BENEFITS
SCHEDULE BULK BILLING
PATIENT CONSENT**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

**رضایت بیمار در رابطه با صدور Bulk Bill (فرستادن مستقیم صورتحساب به
مدیگر) برای جدول مزایای دندانپزشکی کودک**

من، بیمار / قیم قانونی، گواهی می‌کنم که در باره موارد زیر اطلاعات به من داده شده است:

- درمانی که تحت جدول مزایای دندانپزشکی کودک قبلاً عرضه شده یا از این تاریخ به بعد عرضه خواهد شد؛
- هزینه احتمالی این درمان؛ و
- اینکه برای خدماتی که تحت جدول مزایای دندانپزشکی کودک ارائه می‌شود، مشروط بر اینکه وجوه کافی تحت سقف مزایا موجود باشد، bulk bill صادر خواهد شد و من هزینه ای بابت این خدمات از جیب خودم پرداخت نخواهم کرد.

من میدانم که من / بیمار به مزایای دندانپزشکی فقط تا سقف مزایا دسترسی خواهیم داشت.

من میدانم که استفاده از مزایا برای بعضی از خدمات ممکن است محدودیت هایی داشته باشد و اینکه جدول مزایای دندانپزشکی کودک طیف محدودی از خدمات را می‌پوشاند.

من میدانم که هزینه خدمات دریافتی، سقف مزایای قابل دسترسی مرا کاهش می‌دهد.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ / □

شماره مدیگر بیمار
Patient's Medicare number

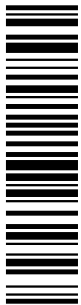
امضای بیمار / قیم قانونی
Patient / legal guardian signature

نام کامل بیمار
Patient's full name

نام کامل شخص امضا کننده (اگر خود بیمار نیست)
Full name of person signing (if not the patient)

تاریخ
Date

این فرم برای اولین سال کامل تقویمی (ژانویه - دسامبر) که در آن فرزند شما اولین خدمات دندانپزشکی واجد شرایط خود را دریافت می‌کند، معتبر است، مگر اینکه رضایت خود را پس بگیرید.



SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019
BINDING MARGIN - NO WRITING

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015