

口腔健康篩 ▪ 同意書及建議

(請工整書寫)

本部分由家長、監護人或兒童的代表人填寫：

兒童姓名：_____

出生日期：_____

家長/監護人/代表人姓名：_____

與兒童的關係：_____

我知道，籤署這份表格即表示同意上述兒童接受基本的口腔健康評估（或牙科篩 ▪）。我知道本次篩 ▪ 僅是一個基本的評估，不能代替全面的牙科檢 ▪。我可能需要帶孩子去看牙醫，讓我的孩子接受全面的牙科檢 ▪，使孩子口腔健康並保持健康。

我也知道，接受本次牙科篩 ▪ 並不意味建立任何新的、連續或繼續的醫患關係。我可以在將來為孩子自由選擇與負責做本次篩 ▪ 的牙醫或另外的牙醫建立這種醫患關係。此外，如果我選擇不遵從下列建議，則我不得要求執行本次評估的牙醫或專業人員對口腔健康後果或結果負責。

_____ 日期：_____

家長/監護人/代表籤名

此部分由做評估的牙科專業人員填寫：

尊敬的家長或監護人：

自 2007 年 1 月 1 日開始，加州法律規定，所有首次進入公立學校（幼兒園或一年級）的兒童在入學第一年，必須於 5 月 31 日之前接受牙科專業人員的口腔健康評估。今天，我對您的孩子進行了牙科篩 ▪ 評估，以下為評估結果。

牙科篩 ▪ 只能發現明顯的牙科疾病，其目的是確定需要接受牙科照顧的兒童。本次篩 ▪ 沒有做 X 光檢 ▪，也不能代替由牙醫所做的全面牙科檢 ▪。

以下為篩 ▪ 結果和我的建議：

_____ 您的孩子沒有明顯的牙科疾病，但仍應由牙醫進行定期檢 ▪。

_____ 您的孩子似乎有某些牙科疾病，應由牙醫做一次評估。請于方便之時，儘早預約牙醫，讓您的孩子接受全面的檢 ▪。您的牙醫能 ▪ 確定孩子需要接受什麼樣的治療（如果需要的話）。

_____ 您的孩子有某些牙科疾病，似乎需要立即治療。請儘快聯絡牙醫，進行全面的檢 ▪。

此外，我已解釋了不遵從上述建議會有什麼風險，並回答了家長/監護人/代表人提出的所有問題。

_____ 日期：_____

牙科專業人員籤名