

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

EXAMENS;

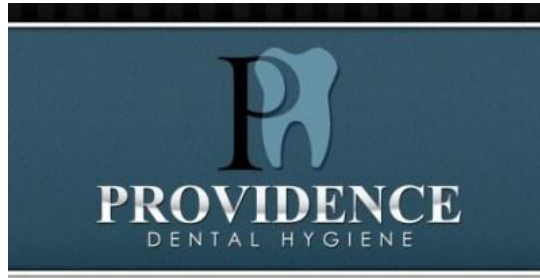
**NETTOYAGES;
RADIOGRAPHIES**



Veillez remplir le formulaire de consentement et la fiche médicale pour inscrire votre enfant aux services de la clinique mobile et remettre le tout au bureau de la secrétaire ou à l'enseignant le plus rapidement possible.

Nous facturons directement à toutes les compagnies d'assurances et aux régimes d'assurance dentaire du gouvernement.

**Providence Dental Hygiene
780-594-1010**



Nom du patient/élève : _____ École _____

Courriel: _____

Adresse : _____ (ville) _____ (code postal) _____

Téléphone : (maison) _____ (travail) _____ (cellulaire) _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Garçon : _____ Fille : _____

Numéro d'assurance maladie de l'Alberta : _____

Avez-vous d'autres assurances dentaires fournies par l'entremise d'un employeur?

Oui ___ Non ___ (si oui, remplir ci-dessous)

Employeur : _____

Renseignements concernant la police d'assurance

Nom du titulaire du compte : _____ Date de naissance : _____

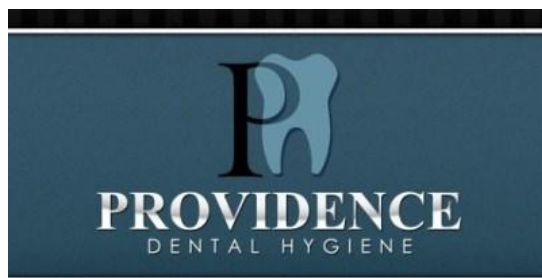
Nom de la compagnie d'assurances : _____

Groupe/N° de police _____ N° de cert. _____

Je, _____, donne mon consentement à Providence Dental Hygiene et à ses fournisseurs, de prodiguer des soins préventifs d'hygiène (1), à moi ou une personne à ma charge. Je comprends que ces services seront facturés directement à la compagnie d'assurance fournie par l'entremise de Santé Canada, Alberta Works ou le régime d'assurance de l'employeur. Dans le cas où votre compagnie d'assurance n'a pas payé votre compte en entier (par exemple co-payeur et franchise), le solde sera transféré à votre compte.

Signature du patient/tuteur: _____

1- des examens dentaires, radiographies, nettoyages dentaires, application de fluorure et scellants (si nécessaire)



Questionnaire médical :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? OUI ___ NON ___

Votre enfant est-il sous surveillance médicale? OUI ___ NON ___

Si oui, depuis quand et pourquoi? : _____

Nom du médecin traitant? _____ Téléphone : _____

Votre enfant prend-il des médicaments? OUI ___ NON ___

Si oui, le(s)quel(s) : _____

Votre enfant est-il allergique à la pénicilline, antibiotiques, ou autres médicaments? OUI ___ NON ___

Votre enfant a-t-il d'autres allergies? OUI ___ NON ___

Si oui, lesquelles : _____

Votre enfant a-t-il eu une maladie grave? OUI ___ NON ___

Si oui, quand et quoi : _____

Votre enfant a-t-il déjà été opéré? OUI ___ NON ___

Si oui, veuillez expliquer : _____

Votre enfant a-t-il un souffle au coeur? OUI ___ NON ___

Votre enfant a-t-il d'autres antécédents médicaux? OUI ___ NON ___

Si oui, veuillez expliquer : _____

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de toute autre condition? OUI ___ NON ___

Si oui, le(s)quels(s) : _____

Questionnaire dentaire :

Est-ce la première visite de votre enfant chez un dentiste? OUI ___ NON ___

Si non, à quand remonte la dernière visite (année, mois et jour): _____

Nom du dentiste : _____

Est-ce que votre enfant mange des sucreries? OUI ___ NON ___

Si oui, à quelle fréquence? : _____

Est-ce que votre enfant consomme des sodas (Coca, Fanta...)? OUI ___ NON ___

Si oui, à quelle fréquence? : _____

Quand votre enfant se brosse-t-il (ou elle) les dents?

Matin et soir ___ Avant d'aller se coucher ___ Après chaque repas _ Très irrégulièrement ___

Votre enfant se brosse-t-il les dents tout seul? OUI ___ NON ___

Votre enfant reçoit-il du fluor? OUI ___ NON ___

Si oui, comment? : Par l'eau du robinet __ ; Par des gouttes de fluor __; Par de l'eau en bouteille __; Par un dentifrice __

Est-ce que des caries ont déjà remarquées dans le passé? OUI ___ NON ___

Lui a-t-on déjà enlevé une dent (de lait ou définitive)? OUI ___ NON ___

A-t-il déjà eu un appareil? OUI ___ NON ___

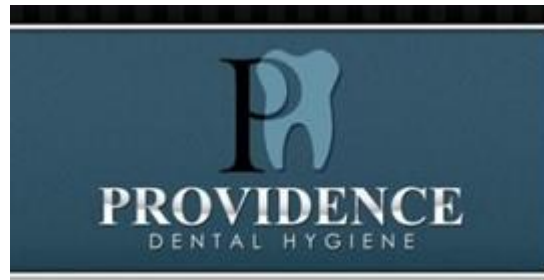
A-t-il déjà eu des problèmes dus à un traitement dentaire dans le passé? OUI ___ NON ___

Votre enfant a-t-il déjà eu un scellant (vernis de protection des dents)? OUI ___ NON ___

Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents? OUI ___ NON ___

Fait à : _____ Date : _____

Signature des parents (ou du responsable légal) : _____



Cher parents,

La santé bucco-dentaire est un élément vital de la santé globale et nous sommes heureux d'avoir l'occasion de partager un nouveau service offert à vos enfants ici même à l'école.

La clinique mobile Providence Dental Hygiene offre maintenant des examens d'hygiène dentaire, des nettoyages, des radiographies et des rayons X directement à l'école pour tous les étudiants. La clinique mobile accepte toutes les formes d'assurance dentaire et permet maintenant la facturation directe. Si jamais s'il reste un paiement à faire après que l'assurance soit payée ou si une famille n'a pas de couverture dentaire, nous sommes en mesure de finaliser le paiement par e-mail (E-transfer) ou un paiement directement à la clinique médical Forbes IDA.

L'équipe mobile de Providence a réussi à rendre l'expérience positive pour chacun des enfants, afin d'augmenter leur confiance vis-à-vis les soins dentaires qui contribueront par le fait même à une excellente santé bucco-dentaire pour les années à venir. Deux hygiénistes dentaires seront à votre service soit Mesdames Paulette Dahlseide, RDH et Chantal Chamberlain, RDH qui ont plus de 25 ans d'expérience clinique. Pour nos familles d'immersion, Chantal peut également offrir un service en français et en anglais.

Ce service est destiné à offrir aux familles la commodité des soins buccaux préventifs pour leurs enfants sans avoir les tracas de planifier un rendez-vous, d'obtenir congé ou d'obtenir un transport à une clinique traditionnelle. Si votre enfant nécessite un traitement au-delà des soins dentaires, vous recevrez un avis de renvoi à une clinique de soins dentaires approprié de votre choix.

Les rencontres avec l'hygiéniste dentaire à l'école permettent d'augmenter la présence des enfants à l'école car ils auront moins besoin de prendre des rendez-vous dans une clinique dentaire. De plus, le fait d'avoir la visite des hygiénistes à l'école permettent de prévenir, la douleur dentaire et l'infection qui peut être liée à la maladie bucco-dentaire non identifiée et l'absence de traitement professionnel régulier d'hygiène dentaire.

Bien qu'étant relativement inconnu du public, un hygiéniste dentaire de l'Alberta peut, en vertu de l'annexe 5 de la Health Profession Act de l'Alberta, procéder à une évaluation de l'hygiène dentaire pour diagnostiquer et traiter les problèmes de santé bucco-dentaire. L'hygiéniste est formé pour désigner d'autres professionnels de la santé comme, sans s'y limiter, un dentiste, un médecin, un orthophoniste ou un orthodontiste, le cas échéant.

Si vous avez des questions s'il vous plaît n'hésitez pas à appeler la clinique directement au 780-594-1010



Version électronique et l'autorisation de facturation directe

J'autorise la communication d'information à mon administrateur dentaire du régime d'assurance et services mobiles, ces informations sont contenues dans les demandes de paiement soumises par voie électronique. J'autorise également la communication d'information sur la couverture des services décrits à l'hygiéniste dentaire.

La signature du titulaire du compte: _____

Date: _____

Je cède par la présente mes prestations, payables à partir de réclamations soumises par voie électronique, à Providence dental hygiene et d'autoriser le paiement à l'hygiéniste dentaire.

La signature du titulaire du compte: _____

Date: _____

Je préfère être contacté par

- Courriel
- Texte
- Téléphone