

病人建檔資料

日期: _____

姓名: _____
姓氏 _____ 名字 _____

地址: _____ 城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

出生日期: _____ 社安號#: _____

家庭電話#: _____ 手機號碼#: _____ 郵箱: _____

性別: 男 _____ 女 _____ 婚姻狀況: 已婚 _____ 單身 _____ 喪偶 _____ 離婚 _____

僱主: _____ 職業: _____

工作電話 # _____ 工作地址: _____

轉診醫生: _____ 診所電話 # _____

如果有應急情況發生我們應聯繫: _____ 電話 # _____

家庭醫生: _____ 電話 # _____

牙科保險信息

保險名稱: _____

保險編號/保險號(POLICY/ID)# _____ 組名(GROUP)# _____

投保人: 本人/ 配偶/ 父母/ 其他 _____ 投保人姓名 (如非本人): _____

投保人出生日期 _____ 社安號#: _____

保險授權協議

我們診所在任何時候都不確保病人的牙科保險是否給付索賠。每一個索賠支付之前都需要經過保險公司嚴格審查。承保公司不保證支付任何服務。“**核查保險支付額不保證最終支付。只有上交索賠申請后保險公司才會受理及賠償。**”通過保險公司網站、傳真、客服人員等提供的信息，我們診所會協助病人估算他們需要支付的看病費用。

我，與 _____ 保險公司簽有合約，清楚知悉此牙醫診所不對病人的保險公司處理索賠及支付索賠產生法律責任。我本人有責任付清所有保險公司未支付的費用及額外產生的費用。在此我授權此診所為確保索賠正常進行可披露我的所有必要信息。我授權無論此簽名是手動簽名或電子簽名均具有同樣法律效力。

病人簽名: _____ 日期: _____

付款協議

我本人，清楚知悉所有付款應在療程當天付清，除非有任何變動。我將支付所有保險計劃里未涵蓋的療程費用。

病人簽名: _____ 日期: _____

未出席預約看診費用

我們重視每位病人的預約，如果病人無法在約定時間看診且未能提前24小時通知診所，我們將收取\$40-\$60不等的費用。

病人簽名: _____ 日期: _____

監護人/家長同意書

我本人，作為 _____ (名字) 的監護人或家長，要求并授權，無論我是否在场，對我的小孩進行一切必要的牙齒治療，包括但不限定醫生建議的X光片及麻醉手術。我同意家長/監護人將付清小孩的所有保險未支付款項。

病人簽名: _____ 日期: _____

醫療記錄

口腔問題與身體狀況息息相關，為了更好地為您安排療程，請回答以下問題。謝謝您的配合！

您現在有接受醫生治療嗎？ 是 否 如果是，請解釋 _____

您之前有住院或曾接受重大手術嗎？ 是 否 如果是，請解釋 _____

您之前頭部或頸部有受過嚴重創傷嗎？ 是 否 如果是，請解釋 _____

您現在有在服用任何藥物嗎？ 是 否 如果是，請解釋 _____

您正在服用，或曾服用過減肥藥Phen-Fen or Redux嗎？ 是 否

您正在減肥嗎？ 是 否

您抽煙嗎？ 是 否

您服用過違禁藥物嗎？ 是 否

女士請回答：您是否懷孕/嘗試懷孕？ 是 否 正在服用避孕藥？ 是 否 母體哺乳？ 是 否

是否對以下藥物過敏？

司匹林 盤尼西林 可待因 丙烯酸製品 金屬 乳膠 局部麻醉磺胺藥品

他 _____

您患有，或曾出現以下狀況嗎？

艾滋病/HIV陽性	是	否	可的松	是	否	血友病	是	否	腎透析	是	否
阿茲海默症	是	否	糖尿病	是	否	甲肝	是	否	風濕熱	是	否
過敏反應	是	否	藥癮	是	否	乙肝/丙肝	是	否	風濕病	是	否
貧血	是	否	容易氣喘	是	否	皰疹	是	否	猩紅熱	是	否
心絞痛	是	否	肺氣腫	是	否	高血壓	是	否	帶狀皰疹	是	否
關節炎	是	否	羊癲瘋	是	否	麻疹	是	否	貧血	是	否
人工心臟瓣膜	是	否	失血過多	是	否	低血糖	是	否	鼻竇炎	是	否
義肢	是	否	過度口感	是	否	心率異常	是	否	脊柱裂	是	否
哮喘	是	否	容易暈眩	是	否	腎病	是	否	胃病/腸病	是	否
血液病	是	否	頻繁咳嗽	是	否	白血病	是	否	中風	是	否
輸血	是	否	頻繁腹瀉	是	否	肝病	是	否	四肢腫脹	是	否
呼吸疾病	是	否	頻繁頭痛	是	否	低血壓	是	否	甲狀腺病	是	否
容易淤傷	是	否	生殖器皰疹	是	否	肺病	是	否	扁桃體炎	是	否
癌症	是	否	青光眼	是	否	二尖瓣脫垂	是	否	肺結核	是	否
化療	是	否	花粉症	是	否	下顎關節痛	是	否	腫瘤	是	否
胸痛	是	否	心臟病發	是	否	甲狀旁腺病	是	否	潰瘍	是	否
唇皰疹	是	否	心臟雜音	是	否	心理治療	是	否	性病	是	否
先天性心臟病	是	否	心率調節器	是	否	放射治療	是	否	黃疸	是	否
抽搐	是	否	心臟疼痛	是	否	體重驟跌	是	否	類固醇	是	否

您是否有任何未列出的疾病或狀況需要我們提前知悉？ 是 否 是，請解釋：_____

由於患有心臟雜音、二尖瓣下垂或安裝義肢或其他人工假體，您是否需要在療程前使用抗生素？ 是 否

依據我了解，我已準確回答以上問題。我明白若未正確提供信息，恐會對治療產生影響。若我的健康狀況或服用藥物有任何變動，我會提前知會醫生。

病人/監護人簽字：_____ 日期：_____

診療同意書：

本人在此授權此診所醫生對此病人使用麻醉、鎮痛藥、鎮靜劑、笑氣、靜脈鎮靜等方法，及醫生建議所需的方式治療。

病人/監護人簽字：_____ 日期：_____

知情同意書

根管治療旨在讓病人需要拔牙之前盡可能保留患牙。作為醫療方，我們有責任將診療過程及其帶來的醫療風險解釋給病人。病人有權知悉在進行根管治療時所帶來的風險及治療結束後可能發生的緊急情況和併發症。

儘管根管治療有很高的成功率，但手術均有風險。根管治療一般需要一到兩次的就診，需要照X光和局部麻醉。在某些情況下，牙齒需要進一步治療，如根尖切除術或拔除。

當病人需要再次治療，很有可能是由於之前手術引起的炎症，如填充物破裂、刺針貫穿根尖等，或是打開牙齒後發現牙根破裂，無法治療。若牙齒發現破裂，無論在術前還是術後，都需要被拔除。由此而產生的額外手術需要另外收費。

根管治療有很多種，例如半切術（將牙齒對半切除）、根尖切除術、牙根截切術或是修復牙根手術。某些情況下牙齒需要被拔出，治療後再重新植回牙槽。這些步驟最終都是為了幫病人留住牙齒，但我們不能確保有百分之百的成功率。

在根管治療結束後，病人需要跟自己的牙醫再次預約，在進行過治療的牙齒上面裝上牙冠或是填充物。為避免牙齒進一步損壞或意外碎裂，請病人在根管治療後盡快（十天左右）回到之前的診所進行治療。X_____ (病人姓名首字母簽名)

根管治療相對來說既安全，見效又快。但是有些病人會在術後有後遺症，如牙齒腫痛敏感、感染炎症、流血；在嘴唇、舌頭、下巴、牙齦、臉頰等部位有短暫麻痺的感覺；下巴抽筋並延伸至頭部、耳朵和頸部；對已有牙冠和橋架的損害；牙齒表面褪色；醫療器械損壞；牙齒鈣化；手術失敗；對麻醉和藥物有過敏；面部褪色；抗生素和別的藥物產生拮抗或衝突；等等。這些狀況均不在診所協商範圍之內，但我們會盡全力保證手術成功，及照顧病人感受。

隱私條例通知

此通知將闡述您的醫療信息如何被使用及披露，及您如何獲得相關信息。

我們診所一律保密病人的信息不被洩露。目前一項新的法律要求我們繼續保持病人信息的私密性，並讓您獲知這項條例。此條例允許我們將您的醫療信息披露給參與醫療過程的各方。例：出於付款的目的，我們會使用或披露您的醫療信息。我們會公開您的信息給第三方合作夥伴，如欠款代收公司。我們與第三方簽訂了書面合同，要求他們同樣保護您的隱私。我們會查看您的信息來聯繫您，譬如打電話給您或提醒您有醫生預約。如有緊急情況發生，我們或會向您的家庭成員或照顧您的人披露醫療信息。如法律要求，我們會披露您的醫療信息。如果診所售予他人，您的信息將轉為他方財產。除以上所述，診所需要書面授權才會公開您的醫療信息。您可以書面要求我們未經允許不得披露任何信息。您有權傳送您的信息去他處，少數情況除外。每一份信息我們將收取\$25。您有權通過書面要求修改或更改您的醫療信息。無需額外收費，您有權獲取這份條例。如果這份通知有任何改變，我們會通過書面告知您。如果您有任何投訴，請發往衛生及公共服務部門（Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W Room 509 F, Washington DC 20201.）您不需要額外回應投訴。但在投訴之前若您想要獲知更多幫助及信息，煩請在工作時間聯繫我們辦公室反映。此通知于2003年4月14日生效。

確認書：

我已閱讀并同意此通知。

簽名：_____ 日期：_____

姓名：_____

父母或監護人請在下面簽名。
