

НОВАЯ ПАЦИЕНТСКАЯ ФОРМА

Как вы о нас узнали? Поиск в интернете Социальные сети В почте Страхование Друг (Имя) _____

Имя пациента _____ Soc Sec # _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Zip код _____

Мобильный телефон # _____ Электронная почта _____

Пол М F Дата рождения _____ Работодатель _____

Контакт для чрезвычайных ситуаций & телефон _____

ПЕРВИЧНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Основной подписчик _____ Отношение к пациенту _____

Дата рождения _____ Soc Sec # _____ Телефон # _____

Основной подписчик Работодатель _____ Insurance Company _____

Группа # _____ Абонент / ID # _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Основной подписчик _____ Отношение к пациенту _____

Дата рождения _____ Soc Sec # _____ Телефон # _____

Основной подписчик Работодатель _____ Insurance Company _____

Группа # _____ Абонент / ID # _____

История болезни

Вы сейчас под присмотром врача? Д Н Если да: _____

Вы когда-нибудь были госпитализированы или перенесли серьезную операцию? Д Н Если да: _____

Были ли у вас серьезные травмы головы или шеи? Д Н Если да: _____

Принимаете ли вы какие-либо лекарства, таблетки или наркотики? Д Н Если да: _____

Вы используете контролируемые вещества? Д Н Если да: _____

Вы принимаете антикоагулянты, например Варфарин, Кумадин или Ксарелто? Д Н Если да: _____

Вы когда-нибудь принимали Фосамакс, Бонива, Актонел

или любые другие лекарства, содержащие бисфосфонаты? Д Н Если да: _____

Вы употребляете табачные изделия? Д Н

У вас есть искусственные суставы? Д Н

У вас есть или вы лечитесь от высокого артериального давления? Д Н

женщины: Вы... Беременны / Пытаетесь забеременеть? Если да, Какой срок _____ Принимаете контрацептивы?

У вас аллергия на одно из следующих?

Ацетаминофен (тайленол) клиндамицин Доксциклин Латекс Металл

Аспирин Кодеин Гидрокодон/Оксикодон Местные анестетики Пенициллин (амоксциллин)

Другая аллергия? Д Н Если да: _____

Проверьте, есть ли у вас или были ли у вас какие-либо из следующих патологий:

AIDS/HIV положительный Рак Обморок Гепатит болезнь печени

Анафилаксия химиотерапия Глаукома Герпес/герпес кардиостимулятор

Artificial Heart Valve ХОБЛ сердечные шумы боль в челюсти лучевая терапия

астма Диабет Проблемы с сердцем Болезнь почек приступ болезни

Болезнь крови эпилепсия Гемофилия Кожная сыпь Лейкемия

Другие комментарии:

РАЗРЕШЕНИЕ

Я просмотрел информацию в этой анкете, и она точна, насколько мне известно. Я понимаю, что эта информация будет использоваться стоматологом / гигиенистом для определения правильного и здорового стоматологического лечения. В случае каких-либо изменений в моем медицинском статусе я сообщу об этом стоматологу / гигиенисту.

Подпись пациента / опекуна

Дата

HIPAA СОГЛАСИЕ

ПРАКТИКА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Открытое и доступное стоматологическое уведомление о правилах конфиденциальности размещено в приемной офиса и на нашем веб-сайте. Печатные копии также доступны для всех пациенты. В соответствии с Законом о конфиденциальности HIPAA все пациенты должны подтвердить получение Уведомления о политике конфиденциальности. Подписав этот форме, я подтверждаю получение Политики открытого и доступного стоматологического кабинета и Уведомления о правилах конфиденциальности. Я понимаю, что Уведомление о конфиденциальности Практика содержит информацию об использовании и разглашении любой личной медицинской информации, и мне была предоставлена возможность просмотреть уведомление. Я понимаю, что условия Уведомления могут измениться, и что в случае изменений мне будет предоставлено пересмотренное уведомление. Я понимаю, что могу запросить ограничения на использование и раскрытие информации в целях лечения, оплаты или оказания стоматологической помощи. Я понимаю, что Открыть и Компания Affordable Dental не обязана соглашаться на такие запросы, но если они соглашаются, эти ограничения становятся обязательными для компании Open and Affordable Dental.

СОГЛАСИЕ

Я разрешаю стоматологам и гигиенистам Open and Affordable проводить осмотр, делать рентгенограммы, изучать модели, фотографии и/или любые другие диагностические средства.считается уместным и необходимым, и проводить лечение и терапию, которые могут быть показаны в связи с уходом за зубами у меня (или у моего ребенка). Я также понимаю, что использование анестетиков сопряжено с определенными медицинскими рисками.

РАСПИСАНИЕ

Я разрешаю компании Open and Affordable Dental оставить голосовое сообщение, отправить электронное письмо и/или отправить текстовое сообщение на телефон/адрес электронной почты, указанный в анкете нового пациента. Форма для записи на прием и напоминания.

Подпись пациента / опекуна

Дата

ФИНАНСОВОЕ СОГЛАСИЕ

СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОПЛАТЕ ЛЕЧЕНИЯ

Я понимаю, что несу ответственность за оплату всех стоматологических услуг, предоставляемых в этом кабинете (независимо от того, участвует ли страховка или плательщик третьей стороны) и что оплата производится в момент оказания услуг. Если я не оплачу всю сумму или если страховка не будет оплачена через 60 дней, плата за выставление счета или проценты будут добавлены к моему счету. Плата за выставление счетов будет начисляться по ставке 1,5% в месяц, что соответствует годовой процентной ставке 18% (или минимальная оплата \$5.00). В случае просрочки платежа, я согласен оплатить любые расходы по сбору средств с этой учетной записи, включая, помимо прочего, разумные гонорары адвокатов и судебные издержки. Я также понимаю, что политика офиса требует уведомления как минимум за один рабочий день для всех отмененные/перенесенные встречи. Если это невозможно, с моего счета может быть снята плата в размере 40 долларов США, которая не подлежит возмещению по страховке.

СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОПЛАТЕ НЕ ПОКРЫВАЕМЫХ УСЛУГ

Я понимаю, что несу ответственность за оплату всех стоматологических услуг, предоставляемых в этом кабинете (независимо от того, участвует ли страховка или плательщик третьей стороны) и что оплата должна быть произведена в момент оказания этих услуг. Должен ли я принять решение о получении оплаты за не раскрываемую(ые) процедуру(ы) или лечение(я) для этого/этих услуг(ы) в конечном итоге будет моей ответственностью. Не Покрываемые услуги включают услуги, которые не покрываются моей страховой компанией, услуги, оказываемые превышение моего максимального годового пособия или услуги, в которых было отказано по предварительному разрешению.

СТРАХОВАНИЕ

Из уважения к нашим пациентам мы подготовим и отправим ваши страховые формы для возмещения расходов. Мы не можем получить оплату, если вы не предоставите нам всю необходимую информацию, как запрошено выше. Кроме того, пожалуйста, поймите, что ваша страховка является договором между вами/вашим работодателем и страховая компания. Мы никоим образом не можем гарантировать преимущества или оплату от вашего оператора, а также не можем знать особенности каждого отдельного плана. Это Вы несете ответственность за знание условий и ограничений вашего плана страхования. Пожалуйста, прочитайте и поймите, что, подписывая, вы соглашаетесь со следующим:

- Я уполномочиваю свою страховку выплачивать непосредственно врачу все страховые выплаты, которые в противном случае причитались бы мне.
- Я разрешаю врачу раскрывать любую информацию, включая, помимо прочего, записи о лечении или осмотре, удостоверение личности, рентгеновские снимки, история болезни и т. д. в мою страховую компанию по запросу.
- Любые оценки, данные в отношении платы за лечение, являются лишь приблизительными оценками, основанными на ограниченной информации, которой мы располагаем о вашем плане.

Подпись пациента / опекуна

Дата