

新患者同意书 - PACE

Enable Dental 为参与全包式年长者护理计划 (PACE) 的患者提供现场牙科服务。所有的财务费用直接由您的 PACE 计划支付。PACE 将只涵盖特定服务, 不包括美容或选择性治疗。您需要签署这份同意书, 以接受服务。

PACE 计划

PACE 计划名称 _____

谁在填写表格

填写此表格的人为: 患者 POA 或责任方

责任方

- 患者为负责方, 可以签署医疗决策
 患者需要医疗授权书 (POA) 或监护人, 该信息如下所示

患者信息

名字 _____ 姓氏 _____

出生日期 _____ 性别: 男 女 患者电话 _____

患者电子邮件 _____

主要责任方/医疗授权书 (如适用)

名字 _____ 姓氏 _____ 出生日期 _____

地址 _____ 市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

电话号码 (家庭) _____ 电话号码 (手机) _____

电子邮件 _____ 与患者的关系 _____

牙科和健康史

患者是否戴假牙: 全部? 是 否 部分? 是 否

上一次牙科检查的日期? _____ 牙科就诊的主要关注点 _____

患者去年是否出现过中风? 是 否

患者是否正在服用双膦酸盐 (骨质疏松药物)? 是 否

患者目前是否正在服用处方血液稀释剂? 是 否

患者是否有植入人造心脏瓣膜? 是 否

患者是否有过敏史? 是 否

在此列出所有过敏原 _____

授权与公布

患者或其法定代表人同意以下事项:

- **Enable Dental** 可审查医疗记录、检查并提供任何必要的牙科保健:
 - 在签署任何文件之前, 本人有权审核提供给本人, 且本人已阅读并完全理解的 **Enable Dental** 的下列政策:
 - 一般牙科知情同意书 <https://enabledental.com/general-dental-informed-consent-2/>,
 - HIPAA 隐私惯例通知 <https://enabledental.com/hipaa/>
 - 隐私政策条款和使用* <https://enabledental.com/privacy-policy/>
 - 对于通过任何治疗过程可能获得的结果, 未作出任何担保或保证;
 - **Enable Dental** 获授权提供持续护理, 直至撤回牙科同意书, 该同意书可随时撤回;
 - 未经事先书面同意, 不得提供任何修复性治疗。

* 我们保留更改隐私惯例通知中所述隐私惯例的权利。您可以通过访问我们的网站、发送电子邮件至 info@enabledental.com 或致电 (866) 988-4504, 随时获得我们隐私惯例通知的副本。您可以通过 ben@enabledental.com 联系我们的隐私官 **Ben Tiggelaar**。

签署以下文件, 即表示您确认:

- 您为患者, 并代表自己做出全面的医疗决策, 或者您是具有全面医疗法律决策能力的法定代表人。
- 您已阅读并同意一般牙科知情同意书
- 您明确表示同意 **PACE** 计划 (包括所有获批准的提供者) 和 **Enable Dental** 交换患者健康信息, 包括病史、医疗清单、责任方信息和其他必要信息。
- 如适用, 您明确表示同意医疗保健社区和 **Enable Dental** 交换患者健康信息, 包括病史、药物清单、责任方信息和其他信息, 以确保患者的整体护理和健康。
- 您同意接收符合 **HIPAA** 的电子通信, 例如关于治疗和医疗保健的电子邮件和短信。

患者签名: _____ 日期: _____

或

法定代表人需签署 POA:

POA 签名: _____ 日期 _____