

# 华梅牙科诊所

## 初次就诊患者信息表

### 个人信息

患者姓名\_\_\_\_\_电邮\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_所在城市\_\_\_\_\_所在州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

家庭电话\_\_\_\_\_办公电话\_\_\_\_\_手机号\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_社保编号\_\_\_\_\_性别 男 女

工作单位\_\_\_\_\_职业\_\_\_\_\_

婚姻状况 (请选择一项): 未成年○ 单身○ 已婚○ 离异○ 寡居○ 分居○

配偶/父母或监护人姓名\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_

紧急联络人\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_

**\*\*您是通过什么方式知晓本诊所的?**\_\_\_\_\_

### 责任方信息 (谁负责支付费用?)

责任方姓名\_\_\_\_\_与患者关系\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_社保编号\_\_\_\_\_

工作单位\_\_\_\_\_办公电话\_\_\_\_\_

此人目前就诊于本诊所吗? 是○ 不是○

### 保险信息

被投保人姓名\_\_\_\_\_与患者关系\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_社保编号\_\_\_\_\_

工作单位\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_所在城市\_\_\_\_\_所在州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

保险公司\_\_\_\_\_

团险保单号\_\_\_\_\_保单号\_\_\_\_\_医疗补助保险编号\_\_\_\_\_

保险地址\_\_\_\_\_所在城市\_\_\_\_\_所在州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

### 第二保险信息

被投保人姓名\_\_\_\_\_与患者关系\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_社保编号\_\_\_\_\_

工作单位\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_所在城市\_\_\_\_\_所在州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

保险公司\_\_\_\_\_

团险编号\_\_\_\_\_保单号\_\_\_\_\_医疗补助保险编号\_\_\_\_\_

保险地址\_\_\_\_\_所在城市\_\_\_\_\_所在州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

本人在此认可所提供的信息是依据本人最佳认知的准确信息。若本人信息出现任何变更, 本人将通知华梅牙科诊所, 并对账户信息做出更新。

本人同意诊所医护人员为进行健康宣传、发布医疗新闻、开展一般性回访及做出约诊提醒, 使用电子邮件及/或手机短信与我联系。

签名 \_\_\_\_\_

患者、其父母或监护人签名

日期 \_\_\_\_\_

## 病史信息

医生姓名: \_\_\_\_\_ 电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

您患有/出现/接受或曾患有/出现/接受过以下任何一种疾病/症状/治疗吗? 请在对应方框内打钩:

- |                                  |                                       |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 过敏/花粉症  | <input type="checkbox"/> 热病性疱疹/唇疱疹    | <input type="checkbox"/> 骨质疏松症  |
| <input type="checkbox"/> 贫血症     | <input type="checkbox"/> 频繁咳嗽         | <input type="checkbox"/> 放疗     |
| <input type="checkbox"/> 心绞痛     | <input type="checkbox"/> 青光眼          | <input type="checkbox"/> 呼吸道疾病  |
| <input type="checkbox"/> 关节炎     | <input type="checkbox"/> 心率失常*        | <input type="checkbox"/> 风湿热    |
| <input type="checkbox"/> 人造关节置换* | <input type="checkbox"/> 心脏感染*        | <input type="checkbox"/> 风湿     |
| <input type="checkbox"/> 人造心脏瓣膜* | <input type="checkbox"/> 心脏杂音*        | <input type="checkbox"/> 镰状细胞疾病 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘      | <input type="checkbox"/> 心脏起搏器*       | <input type="checkbox"/> 鼻窦炎    |
| <input type="checkbox"/> 呼吸道疾病   | <input type="checkbox"/> 心脏手术*        | <input type="checkbox"/> 中风     |
| <input type="checkbox"/> 癌症      | <input type="checkbox"/> 肝炎           | <input type="checkbox"/> 引流管 *  |
| <input type="checkbox"/> 药物依赖症   | <input type="checkbox"/> 高血压          | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病  |
| <input type="checkbox"/> 化疗      | <input type="checkbox"/> 人体免疫缺陷病*/艾滋病 | <input type="checkbox"/> 肺结核    |
| <input type="checkbox"/> 癫痫或抽搐   | <input type="checkbox"/> 肾病           | <input type="checkbox"/> 胃溃疡    |
| <input type="checkbox"/> 烦渴      | <input type="checkbox"/> 肝病           | <input type="checkbox"/> 性病     |
| <input type="checkbox"/> 晕厥或头晕   | <input type="checkbox"/> 精神病          | <input type="checkbox"/> 黄疸病    |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 二尖瓣脱垂*       | 其他 _____                        |

\* 该情况可能需要在实施特定口腔诊疗过程前使用抗生素。

有 没有

☐ ☐ 您还患有以上未列出的任何其他疾病或需要进一步做出说明的任何其他疾病吗?

若有, 请做出说明: \_\_\_\_\_

☐ ☐ 您现在还在接受医生的治疗吗?

若是, 请做出说明: \_\_\_\_\_

☐ ☐ 您曾在过去两年中住院或接受过急救吗?

若有, 请做出说明: \_\_\_\_\_

☐ ☐ 您有在服用任何西药或中药吗?

若有, 请列出: \_\_\_\_\_

您对任何药物或物质过敏吗?

☐ 阿司匹林 ☐ 青霉素 ☐ 可待因 ☐ 碘 ☐ 金属 ☐ 乳胶 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

您以前吸烟吗? 若有, 请做出说明: \_\_\_\_\_

女性 (确认) ☐ 怀孕

☐ 备孕

☐ 哺乳期

☐ 服用口服避孕药

依据本人最佳认知, 对以上所有问题的回答均正确无误。若本人身体状况出现任何变化或用药发生变化, 本人将在下一次约诊时告知诊所医护人员, 绝不隐瞒。

签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

患者、其父母或监护人签名

## 口腔健康状况问卷表

1. 您最近一次到牙科就诊在何时? \_\_\_\_\_
2. 我 ☐不怕 ☐有点怕 ☐非常怕到牙科就诊。
3. 我的口腔和牙齿 ☐非常 ☐有点 ☐不舒服。
4. 我 ☐非常满意 ☐满意 ☐不满意自己牙齿的外观。
5. 我认为自己目前的口腔健康状况是 ☐非常不错 ☐不错 ☐一般 ☐糟糕。
6. 您了解过矫治器/隐形矫治器吗? ☐有 ☐没有 ☐
7. 您愿意让自己微笑时露出的牙齿更洁白吗? ☐是 ☐不是 ☐
8. 您愿意接受种植牙吗? ☐是 ☐不是 ☐
9. 您了解智齿吗? ☐是 ☐不是 ☐
10. 您打鼾吗? ☐是 ☐不是 ☐
11. 您曾被确诊患有睡眠呼吸骤停吗? ☐有 ☐没有 ☐
12. 您的下颌有不适吗 (颞颌关节)? ☐有 ☐没有 ☐
13. 您会出现牙龈出血吗? ☐会 ☐不会 ☐
14. 您曾被诊断患有牙龈炎吗? ☐有 ☐没有 ☐
15. 您的牙齿对以下任何一种感觉敏感吗?  
\_\_\_\_\_热\_\_\_\_\_冷\_\_\_\_\_甜\_\_\_\_\_咀嚼
16. 我想说自己对于口腔健康的主要关注点是:  
\_\_\_\_\_

17. 您会要求在接受口腔治疗前, 服用抗生素吗? ☐会 ☐不会

\*本诊所认为每一位患者都应知晓自己目前的口腔健康状况、前来就诊的原因及可以采用的治疗方法, 以便帮助他们恢复至应有的健康状态。此过程的第一步就是细致诊断, 并制定出针对性治疗方案。

\*本诊所会仔细查看您所提供的健康状况, 并就相关治疗措施与您进行探讨。随后, 将制定一份针对性的治疗方案, 以便帮助您实现我们共同设定的健康目标。

签名 \_\_\_\_\_  
患者、其父母或监护人签名

日期 \_\_\_\_\_

## 约诊

本诊所珍惜您的时间，因此会按照您的期望，在约定时间接受您就诊，以便让您在诊所被占用的时间尽可能短。相对地，当您向本诊所约诊后，请按时应诊，因为本诊所专门为您留出了诊疗时间。不按时应诊，会造成其他患者无法按时就诊，并致使本诊所的诊疗时间安排受到影响。若您必须修改约诊，请至少**提前 48 小时通知**本诊所，以便本诊所利用该时间段为其他患者提供诊疗服务。

**48 小时以内取消约诊及未应诊（不就诊），将承担每小时 50 美元的取消约诊费，具体依据已安排约诊时间的长短。**

## 费用支付

**所有费用应在接受诊疗当天全额付清**，预先商定采用其他费用处理方式的情况除外。若本诊所正向保险公司索赔，则预估赔偿金额就是患者当天应付金额。对于身为被投保人，利用保险计划支付全额费用的患者，应在接受诊疗时全额支付费用。

### 付款方式

联网银行直接支付， 现金或支票，无需手续费。信用卡和借记卡支付会收取3.95%的手续费。

### 对于投保有牙科保险的患者

通常，牙科保险计划支付的诊疗费用都低于实际费用。因此，本诊所要将患者或担保人作为所提供的一切诊疗服务的责任方。在绝大多数情况下，牙科保险可以承担的费用是有限的，期望利用它支付一切费用，这是不现实的。本诊所会为您解释牙科保险条款，并帮您向保险公司索取赔付。

### 未付款收费与额度

- 对于超过 45 天未付清的余额，按照每月 1.5%（每年 18%）收取费用；
- 针对退回支票，收取 35 美元的财务处理费用；
- **若您的未付余额移交由第三方收款公司收款，您将还需额外支付未付余额 30% 的费用。**

本人在下方的签名代表本人承认已阅读、理解并同意遵守前述费用支付规定。本人在下方的签名还表明本人进一步承认对应付费用承担唯一责任，且不依赖于保险理赔。本人被给予了就诊所费用支付规定提出问题的机会。

签名 \_\_\_\_\_  
患者、其父母或监护人签名

日期 \_\_\_\_\_

## 授权与认可书

### 针对治疗的一般性认可

本人认可并同意接受医生安排的口腔检查。本人理解诊所可能会推荐本人接受辅助诊断及辅助口腔治疗，并会在实施诊断及治疗前，与本人进行商讨。此外，本人知晓诊所不保证临床诊断完全准确，以及口腔治疗完全成功。

### 信息披露

本人授权主管医生可以向第三方付款方及/或其他健康专业人士，披露与本人口腔状况/病史、诊断或治疗有关的任何信息。

### 保险赔偿费的分配

本人授权并要求本人参保的保险公司直接将保险赔偿费支付给本人的主管医生。

### 照片披露

本人授权主管医生可以为本人拍照，以便帮助本人更透彻地理解目前自身的口腔状况，以及可能的治疗方式。此外，本人还授权医生可以将这些照片展示给其他患者，以便更好地向这些患者说明可能针对他们采取的治疗方式。

本人理解诊所**约诊规定**，并将遵守该规定。

本人理解诊所**费用支付规定**，并将遵守该规定。

本人理解并认可**针对治疗的一般性认可条款**。

本人授权诊所可以**披露与本人有关的信息**。

本人授权诊所可以为本人**拍照**，并将照片展示给其他病人。

签名 \_\_\_\_\_  
患者、其父母或监护人签名

日期 \_\_\_\_\_

### 针对受保护人信息的隐私告知书

本人在此，承认已仔细阅读了该诊所的《隐私惯例告知书》。本人知晓可以就此告知书可能产生的任何疑问提问。

签名\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_