

一般信息与治疗同意书

欢迎并感谢您关注 University of Colorado School of Dental Medicine (CUSDM)。School of Dental Medicine 能够为许多患者提供牙科护理，同时为我们的牙科国际硕士研究生与住院医师提供临床教育。

一般信息：

University of Colorado School of Dental Medicine 接受患者治疗，不分种族、肤色、国籍、怀孕、性别、年龄、残疾、教义、宗教、性取向、性别认同、性别表达、退伍军人身份、政治立场或政治哲学

临床教学环境：除了牙科教员实践 (DFP) 提供的治疗外，所有治疗均由学生和/或住院医师提供。学生和/或住院医师提供的护理在临床教学人员的监督之下进行。由于一些牙科治疗的复杂性，并非所有患者都可以在学校环境中接受治疗。学生/住院医师需要比在私人牙科环境中更多的时间来完成护理。

患者/提供者可用性：由于学术要求，教学诊所的学生、住院医师和教员的可用性有限。患者必须有灵活的时间并且必须守约。若要更改或者取消约诊，必须提前至少 48 小时通知学生/住院医师。对于爽约超过两次的患者，或者无法按时间表有效守约的患者（过多取消约诊、赴约迟到等），若无提前通知，则可以停止治疗。

患者身份证明：CUSDM 采取措施帮助确保患者个人信息的安全。此过程通过在 CUSDM 就诊期间验证所有患者的身份来完成。所有患者每次约诊时都需要出示有效的带有照片的身份证明，如科罗拉多驾照、科罗拉多多身份证、护照和其他政府签发的照片身份证明。此外，所有患者首次约诊时将被拍照，以供持续的患者身份证明。

翻译服务：在 School of Dental Medicine 治疗过程期间，CUSDM 根据要求为患者提供免费的翻译服务。这包括为不说或者不懂英语以及听力和视力受损的患者提供翻译服务。

服务费用和付款：基于现收现付的原则提供服务。除了选择的正畸治疗以外，不提供付款计划。患者预计在约诊时支付服务费用；未能付款可能导致取消或重新安排约诊。现金、个人支票、Visa、MasterCard、Discover 和美国运通均为接受的付款方式。接受保险支付和 Medicaid；保险不承保的那些费用仍然由患者负责，应在服务时支付。

紧急服务：CUSDM 为我们计划中信誉良好的患者提供紧急护理。对于目前未加入我们计划的患者，其紧急护理可以在无需预约的急诊和紧急护理诊所提供，收取适当的服务费。应当注意，所有费用必须在提供治疗时支付，且服务限于对患者的紧急情况（寻找病因），以及控制疼痛和/或感染的治疗（如适当）。

有限护理治疗：转诊接受有限牙科治疗的患者可以接受转诊文件中列出的牙齿护理。这是 CUSDM 将提供的唯一治疗，应由转诊牙医提供进一步牙科护理。患者需要遵循所列的付款政策。如果需要进一步的牙科护理，患者将需要额外转诊或支付口腔诊断检查费用。

隐私惯例通知：CUSDM 可以向其他实体或医疗保健提供者发布信息，用于治疗、服务付款和医疗保健操作，如“隐私惯例通知”中所述。

停止治疗的权利：CUSDM 有权因任何适当的原因而停止护理，如过多爽约、破坏性个人行为或不遵守规定的疗法。在这种情况下，患者或患者代表同意承担进行替代性专业牙科护理的全部责任。我们将发送信函，通知患者已停止的治疗。所有与治疗有关的记录均为 CUSDM 的财产。记录和 X 光片可以根据书面要求复制，收取合理费用。如果停止护理，CUSDM 将在停止通知之日起 45 天内基于服务费用提供紧急护理。

牙科治疗的风险：CUSDM 的教员可以回答与手术风险有关的任何问题。所有牙科手术均有一定风险，包括某些所用药物可能产生的副作用。风险包括但不限于：过敏反应，割伤/擦伤，压痛/瘀伤和牙齿敏感。

一般牙科治疗知情同意书

本治疗同意书包括但不限于：

- 局部麻醉和药物
- 射线照相，照相
- 拔牙
- 牙齿清洁，包括刮牙术和根面平整术
- 齿冠
- 齿桥
- 用填充物修复牙齿
- 根管
- 补齿
- 种植牙
- 牙科手术
- 其他

我理解，上述任何或所有程序均可能需要特定的知情同意。我理解，由于任何提议的治疗的性质和我本人作为个体的独特性，没有人可以预测任何牙科治疗的任何结果或成功的确定性。我理解，牙科治疗不包含任何保证、担保或成功保障。每个个别案例都是不可预测的，因而无法猜测结果。我进一步理解，在治疗完成后，结果可能不令我完全满意，我的病情可能如故，可能要好点，也可能更糟。

一般信息与治疗同意书

我有机会针对 CUSDM 的任何政策提问。我对这些问题的答案十分满意。

一般信息与治疗同意书

我已接受 CUCSDM 患者权利和责任。

我已准确地报告我的医疗、心理和牙齿健康问题。

我同意为我的口腔及面部结构拍摄照片、幻灯片、录影带、模型、口腔内扫描和 X 光片，并同意收集我的离体牙。我也同意使用去除身份的患者信息，我的口腔及面部结构的照片、幻灯片、录影带、模型、口腔内扫描和 X 光片，以及离体牙，用于出版、教育、科学及研究目的。我允许 CUSDM 将来与我联系，让我参加研究。

我允许 CUSDM 根据要求将我的牙科记录副本（包括射线照片）发送给转诊牙医。

我允许 CUSDM 使用电子邮件、文本和电话通知与我联系，以提醒我约诊日期和时间以及其他一般约诊信息。我可以选择不接收通知。

我理解，如果处方写有受控药物，州法律要求，当我在药房依此处方配药时，须将某些处方信息（包括我的姓名）输入安全数据库（科罗拉多州的处方药监控计划）。受控药物的授权开处方者和执法人员在有限的情况下可以访问数据库，以获得允许的用途。

我授权 University of Colorado School of Dental Medicine 的教员、住院医生和学生为我或本表格中列出的未成年人提供紧急护理。

我理解本文件中包含的所有上述患者信息，并同意遵守所有规定的程序和条件。我特此允许我本人或本文件中指定的未成年子女在 University of Colorado School of Dental Medicine 接受诊断和/或治疗。

须获取电子签名