

## 一般資訊以及治療同意書

歡迎您，並感謝您對 University of Colorado School of Dental Medicine (CUSDM) 的興趣。School of Dental Medicine 能夠為許多患者提供牙科護理，同時為我們的牙科、國際、研究生和居民提供臨床教育。

### 一般資訊：

University of Colorado School of Dental Medicine 為患者進行治療，不分種族、膚色、國籍、懷孕、性別、年齡、殘疾、信仰、宗教、性取向、性別認同、性別表達、退伍軍人身份、政治派別或政治哲學。

**臨床教學環境：**學生和/或住院醫師會提供所有治療，但在 Dental Faculty Practice (DFP) 內提供的治療除外。學生和/或住院醫師提供的護理是在臨床教學人員的監督下。由於部分牙科治療的複雜性，並非所有患者都可以在學校環境中接受治療。與私人牙科機構相比，學生/住院醫師需要更多時間來完成護理。

**患者/醫師提供性：**由於學術要求，教學診所中提供的學生、住院醫師和教師是受到限制的。患者的時間表必須彈性，並且必須遵守會診時間。必須至少提前 48 小時通知學生/住院醫師更改或取消會診時間。對於未提前通知而錯過兩次以上會診的患者，或無法維持有效會診時間表（會診取消過多次、會診遲到等）的患者，治療可能會停止。

**患者身份文件：**CUSDM 會採取措施幫助確保患者個人資訊的安全。此流程是透過驗證所有患者在訪問 CUSDM 期間的身份文件完成的。所有患者都必須在每次會診時出示有效的帶照片的身份證件，例如 Colorado 的駕照、Colorado 身份證、護照或其他政府簽發的帶照片身份證件。此外，所有患者在第一次會診時都將被拍照，以進行持續性的患者身份辨識。

**口譯服務：**CUSDM 在 School of Dental Medicine 的治療過程中可應要求為患者提供免費的口譯服務。這包括為不會說或不懂英語的患者，以及為聽力和視力障礙者提供口譯服務。

**服務費用和付款方式：**服務以現收現付的方式提供。除特定正畸治療外，不提供付款方案。患者應在會診時支付服務費用；未能提供款項可能會導致取消或重新安排會診時間。現金、個人支票、Visa、MasterCard、Discover 和 American Express 皆是可接受的付款方式。接受保險金和醫療補助；保險未涵蓋的費用仍由患者負責，並應在服務時支付。

**緊急服務：**CUSDM 為在我們的計劃中記錄良好的患者提供緊急護理。目前未參加我們計劃的患者的緊急護理可以在無需預約的急診和緊急護理診所按服務收費的方式提供。應該注意的是，所有費用皆必須在提供治療時支付，並且服務僅限於診斷患者的緊急情況（找出原因）以及在適當情況下進行控制疼痛和/或感染的治療。

**有限護理治療：**轉診接受有限牙科治療的患者可能會接受轉診文件中列出的牙齒的護理。這是 CUSDM 將提供的唯一治療，轉診牙醫應提供進一步的牙科護理。患者必須遵守所列的付款政策。如果需要進一步的牙科護理，患者將需要額外的轉診費用或支付口腔診斷檢查費用。

**隱私慣例通知：**CUSDM 可能會向其他實體或醫療保健提供者發佈資訊，用於治療、支付服務和醫療保健手術，如「隱私慣例通知」中所述。

**中止治療的權利：**CUSDM 有權因任何適當的原因停止護理，例如多次錯過會診、個人的破壞性行為或缺乏對處方治療的依從性。在這種情況下，患者或患者代表同意承擔尋求替代專業牙科護理的全部責任。將會向接受治療的患者發出一封信，通知治療停止。所有與治療和診斷相關的記錄都是 CUSDM 的財產。記錄和 X 光片可根據書面請求進行複製，並收取合理費用。如果護理中斷，CUSDM 將在終止通知之日起 45 天內以按服務收費的方式提供緊急護理。

**牙科治療的風險：**CUSDM 的教員可以回答有關手術風險的任何問題。所有牙科手術都有一定的風險，包括使用的部分藥物可能產生的副作用。風險包括但不限於：過敏反應、割傷/擦傷、壓痛/瘀傷和牙齒敏感。

### 一般牙科治療知情同意書

本治療同意書包括但不限於：

- 局部麻醉和藥物
- X 光片、照片
- 拔牙
- 牙齒清潔，包括洗牙和牙根平整
- 牙冠
- 牙橋
- 用填充物修復牙齒
- 根管
- 假牙
- 種植牙
- 牙科手術
- 其他

本人瞭解上述任何或所有手術皆可能需要特定的知情同意書。本人瞭解，由於任何提議的治療的性質以及我作為個體的獨特性，沒有人可以預測任何牙科治療的任何結果或成功的確定性。本人瞭解牙科治療不涉及任何保證、擔保或成功保證。每個個案都是不可預測的，因此無法推測結果。本人進一步瞭解，治療完成後結果可能不會令我完全滿意，本人的狀況可能相同、更好或更差。

本人有過機會就 CUSDM 的任何政策提出問題。這些問題的回答令本人完全滿意。

## 一般資訊以及治療同意書

本人已收到 CUCSDM 患者權利和責任。

本人已收到了本人的醫療、心理和牙齒健康問題的報告。

本人同意為本人的口腔和臉部結構拍攝照片、投影片、錄影帶、模型、口內掃描和 X 光片，並收集本人被拔出的牙齒。本人還同意基於出版、教育、科學和研究目的以去除患者資訊的形式使用我的口腔和臉部結構以及被拔出的牙齒的照片、投影片、錄影帶、模型、口內掃描、X 光片。本人允許 CUSDM 將來與我聯絡，要求我參加研究。

本人允許 CUSDM 在被要求時將我的牙科記錄副本（包括 X 光片）發送給轉診牙醫。

本人允許 CUSDM 使用電子郵件、簡訊和電話通知與我聯絡，以提醒我會診的日期和時間以及其他一般會診資訊。本人可以選擇不接收通知。

本人瞭解，如果開具的處方中具有受控物質，州法律要求我在藥房開處方時將特定處方資訊（包括我的姓名）輸入安全資料庫（Colorado 處方藥監控計劃）。受控物質的授權處方者和執法部門在有限的情況下能夠依照被允許的用途存取資料庫。

本人授權科 University of Colorado School of Dental Medicine 的教職員工、住院醫師和學生向本人或本表格中列出的未成年人提供緊急護理。

本人瞭解本文件中包含的所有上述患者資訊，並同意遵守所有規定的流程和條件。本人特此允許在 University of Colorado School of Dental Medicine 為自己或本文件中提到的未成年子女進行診斷和/或治療。

*須獲得的電子簽名*