



School of Dental Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

牙科信息出具授权

患者提供书面申请并支付费用后，the University of Colorado School of Dental Medicine 可提供牙科病历记录的副本。病历记录的出具遵循以下规定：

- 患者必须签署申请表并注明日期。本申请表不用于病历记录出具，但有助于处理申请。
申请表应发送至：SDMRecords@ucdenver.edu，或邮寄至 CU School of Dental Medicine-13065 East 17th Avenue, Aurora, CO 80045-c/o Patient Records Department（病历科）。
- 必须在处理申请之前缴纳相关费用
- 收到完整申请表及费用后，申请处理可能需要 7 天时间。
- 领取病历记录时需提供身份证明。如非病人本人前来领取，需提供经病人签名的书面声明以及领取人的身份证明。

患者姓名：_____ 出生日期：_____
病历记录寄送地址信息（医生、医院、个人、机构或组织名称）
姓名：_____ 电话号码_____
地址：_____
电子邮箱（用于发送数字病历记录）：_____

病历信息用途：

☐ 护理转移 ☐ 第二意见 ☐ 其他（请说明）_____

需要的病历信息/记录

费用

（支票抬头为 University of Colorado School of Dental Medicine）

<input type="checkbox"/> 治疗进展记录	<input type="checkbox"/> 电子版 \$0.00	<input type="checkbox"/> 打印版 \$10.00
<input type="checkbox"/> 最近治疗计划	<input type="checkbox"/> 电子版 \$0.00	<input type="checkbox"/> 打印版 \$10.00
<input type="checkbox"/> 当前所有 X 射线检查	<input type="checkbox"/> 电子版 \$0.00	<input type="checkbox"/> 打印版 \$20.00
<input type="checkbox"/> 锥形束 CT：（数字/电子邮件不可用）	<input type="checkbox"/> 每次申请 \$30.00	<input type="checkbox"/> 邮寄费，\$5

授权：本人请求并授权 the University of Colorado School of Dental Medicine 向本申请上的组织、机构或个人公布上述信息。本人理解，除非本人另有指示，公布的信息可能包括与以下情况有关的信息（如有）：心理或精神状态；镰状细胞贫血、药物滥用、酒精中毒或酒精滥用。本人证明自愿提出本申请，且据本人所知上述信息准确无误。本人清楚该授权可随时撤销，除非在这之前已采取授权的行动。未经本人进一步书面同意，上述授权信息的接收人不得重新披露本人的牙科病历记录。Dental School 接受本申请后，本同意书自动失效。

日期_____ 患者/监护人签名_____