



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΧΟΝΤΡΙΚΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ

Εγώ, ο γονέας / νόμιμος κηδεμόνας, βεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί για:

- τη θεραπεία που έχει παραχθεί ή θα παραχθεί από αυτήν την ημερομηνία, σύμφωνα με το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης,
- το πιθανό κόστος αυτής της θεραπείας, και
- ότι η χρέωση για τις υπηρεσίες θα είναι χοντρική χρέωση σύμφωνα με το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης και δεν θα πληρώσω από την τσέπη μου για τις υπηρεσίες αυτές, με την προϋπόθεση ότι τα διαθέσιμα κεφάλαια θα είναι επαρκή, σύμφωνα με το όριο κάλυψης των παροχών.

Κατανοώ ότι εγώ / ο ασθενής θα έχω πρόσβαση μόνο σε οδοντιατρικές παροχές έως το όριο κάλυψης των παροχών.

Κατανοώ ότι ίσως υπάρξουν περιορισμοί στις παροχές ορισμένων υπηρεσιών και ότι το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης καλύπτει μια περιορισμένη σειρά υπηρεσιών. Κατανοώ ότι θα πρέπει εγώ προσωπικά να καλύψω το κόστος των υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης.

Κατανοώ ότι το κόστος των υπηρεσιών θα μειώσει το διαθέσιμο όριο παροχών και ότι θα χρειαστεί εγώ προσωπικά να καλύψω το κόστος των επιπρόσθετων υπηρεσιών όταν εξαντληθούν οι παροχές.

Αριθμός της Medicare ασθενή

Υπογραφή γονέα/νόμιμου κηδεμόνα

Ονοματεπώνυμο ασθενή

Ονοματεπώνυμο του υπογράφοντος
(εάν δεν είναι ο ασθενής)

Ημερομηνία

Το παρόν έντυπο ισχύει έως τις 31 Δεκεμβρίου του ημερολογιακού έτους για το οποίο έχει υπογραφεί.



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, certify that I have been informed:

- of the treatment that has been or will be provided from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.

I understand that benefits for some services may have restrictions and that Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.

I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.

Patient's Medicare number

Patient / legal guardian signature

Patient's full name

Full name of person signing
(if not the patient)

Date

This form is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.