어린이 치과 진료비 보조

벌크빌링 대상인 환자의 진료 동의서

본인, 환자 본인 또는 환자의 법적보호자는 다음의 설명을 들었음을 확인합니다:

* 이미 받아왔거나 금일부터 받게될 어린이 치과 진료비 보조*에 의한 진료에 관한 설명;*
* 본 진료에 따른 예상되는 진료비에 관한 설명; 그리고
* 어린이 치과 진료비 보조에 의한 벌크빌링 대상이기 때문에 허용된 무료 진료 혜택 한도 내일 경우 금번 치과 진료에 대한 본인 부담 비용이 없음에 관한 설명.

***본인은 환자에게 허용된 무료 진료 혜택 한도 금액까지만 무료 치과 진료를 받을 수 있음을 이해합니다.***

***어린이 치과 진료비 보조는 기본 치과 치료에만 적용되며 특정 치과 진료에 대해서는 적용이 제한될 수 있음을 이해합니다. 어린이 치과 진료비 보조에 의해 지불되지 아니하는 진료비는 본인이 직접 지불해야 함을 이해합니다.***

***이번 진료를 받음으로 본인의 진료 혜택 한도 금액이 줄어들 것이며, 진료 혜택 한도가 초과 되는 경우 추가 금액에 대해서는 본인이 직접 지불해야 함을 이해합니다.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

환자의 메디케어(Medicare) 번호 환자/법적 보호자 서명

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

환자의 성명 서명하는 사람의 서명  
(환자가 서명하지 않는 경우)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

날짜

이 양식은 서명한 시점의 해당 연도 12월 31일까지 유효합니다.

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 theChild 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.