ÇOCUK DİŞ YARDIMI PROGRAMI

TOPLU FATURALAMALA (BULK BILLING) İÇİN HASTA ONAY FORMU

Ben, hasta/yasal veli olarak;

* Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında bu tarihten itibaren tedavinin sağlandığını veya sağlanacağını*,*
* tedavinin muhtemel maliyeti konusunda ve
* Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamındaki hizmetlere dair tarafıma toplu faturalama yapılacağını ve yardım kapsamındaki kaynakların yeterliliğine tabi olarak cebimden bir harcama yapmayacağım konusunda bilgilendirildiğimi onaylıyorum.

***Ben/hasta, diş tedavisi yardımlarının yalnızca yardımın üst limitine kadar olan kısmına erişebileceğimi anlıyoruz.***

***Bazı hizmetlere ilişkin yardımlarda kısıtlamalar olabileceğini ve Çocuk Diş Yardımı Programı'nın sınırlı hizmetleri karşılayacağını anlıyorum. Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında karşılanmayan hizmetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

***Hizmetlerin maliyetinin, mevcut yardımın üst limitini düşüreceğini ve yardımın tükenmesinden sonra oluşabilecek ek servislere ilişkin maliyetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

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

Hasta Medicare numarası Hasta/yasal veli imzası

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

Hastanın adı soyadı İmzalayanın adı soyadı   
(hasta değilse)

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

Tarih

Bu form imzalandığı takvim yılının 31 Aralık tarihine kadar geçerlidir.

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.