

신규 환자 등록서 (영어로 작성해주세요)

이름: _____ 부모이름(미성년자의 경우): _____

남 / 여 생년월일: _____ 나이: _____ 소셜번호: _____ 전화번호: _____

주소: _____ 도시이름: _____ 주/지방: _____ 우편번호: _____

비상연락처: _____ / _____

저희에 대해 어떻게 알고 오셨나요 (해당부분을 다 체크해주세요)? 온라인 검색/ 광고/ 라디오 / 가족 및 친구/ 보험/ 의사소개/ 기타

결혼정보(해당부분을 다 체크해주세요): 미혼/ 기혼/ 이혼/ 사별/ 동거/ 그 외

배우자 이름: _____ 배우자 생년월일: _____ 배우자 직장 이름: _____

배우자 직업: _____ 치료비는 누가 부담하시나요: _____

직장 정보(해당부분을 다 체크해주세요): 직장인/ 학생/ 자영업자/ 실업자/ 은퇴자/ 장애인/ 가정주부

직장 혹은 사업체 이름: _____ 직업: _____

직장 혹은 사업체 주소: _____ 도시: _____

주: _____ 우편번호: _____ 직장 혹은 사업체 전화번호: _____

보험 관련 정보:

치과보험을 가지고 계십니까? 네 / 아니오 보험회사 이름: _____ 회원 아이디 혹은 소셜번호: _____

보험 계약자 이름: _____ 보험 계약자 생년월일: _____ 그룹 번호: _____

다른 보험이 있으신가요? 네/아니오 다른 보험이 있으시다면 다른 보험 이름: _____ 보험 계약자 이름: _____

보험 계약자 생년월일: _____ 회원 아이디 혹은 소셜번호: _____ 그룹 번호: _____

마지막 치과방문일? _____ 다니시던 치과에 가지 않는 이유는 무엇입니까? _____

지금 치아에 어떤 문제가 있으십니까? _____

턱관절의 문제:

통증(관절, 귀, 얼굴 옆)	예/아니오	뜨거운 것에?	예/아니오
클릭 소리가 남	예/아니오	차가운 것에?	예/아니오
입을 열고 닫는 어려움	예/아니오	단것에?	예/아니오
씹는 어려움	예/아니오	치과진료에 대한 두려움이 있습니까?	예/아니오
잇몸이 붓습니까?	예/아니오	양치할 때 잇몸에서 피가 납니까?	예/아니오
흡연을 하십니까?	예/아니오	치아 사이에 음식물이 끼는 경우가 있습니까?	예/아니오
발치 한 경험이나 이빨이 없는 부분이 있습니까?	예/아니오	나중에 틀니 하실 계획이 있습니까?	예/아니오

서명: _____ 날짜: _____

개인정보 보호 관련 사항

본인은 개인정보 보호 관련 사항 내용을 읽었습니다. 본인은 이 서류가 필요하면 언제든지 요청하여 받을 수 있는 권리가 있음을 인지합니다.

개인정보 보호 위임 및 동의

본인은 이에 따라 개인 정보 보호 동의서에 명시된 바와 같이 장영준 치과에서 본인을 위한 진료 및 일반 의료 시술 목적으로 보호되는 의료 정보에 대한 이용 및 공개에 동의합니다.

서명: _____ 날짜: _____

지불 보장 및 혜택 양도

저희는 좋은 관계는 상호 간의 이해와 투명한 의사소통을 기반으로 한다고 믿습니다. 다음 정보는 저희 환자분께서 전문적인 서비스 비용을 지불하시는데 있어서 어떠한 오해도 불러일으키지 않고자 마련된 것입니다. 즉각적으로 지불해 주시는 것이 비용을 조절하는데 도움이 됩니다. 미지불된 부분은 저희에게 시간과 비용 모두 부담이 됩니다. 그러므로 이미 이전에 상호 합의가 된 경우를 제외하고, 공제금액 및 공동 부담액 및/혹은 보험 적용이 되지 않는 부분은 모두 치료 받으신 당일에 지불하셔야 합니다. 저희는 다양한 선택적 지불 플랜을 제공하고 있으며, 이는 반드시 치료 전에 서면으로 합의가 되어야 합니다.

만일 내가 예약 당일 지불할 수 없다면, 나는 미지불된 잔액에 대해 매월 1.5%(연간 18%)의 수수료가 포함되는 재정적인 책임이 있음을 이해합니다.

추심을 위해 외부 회사에 의탁하는 경우, 귀하께서는 잔액의 25%를 추가로 부담하고, 수리와 변호사 비용 등 합리적인 징수 대금을 부담할 책임이 있습니다.

저희는 대부분의 보험 양도를 받지만 모든 보험 회사(흔히 인네트워크로 알려진)를 취급하는 것은 아닙니다. 그러므로 귀하의 보험이 사용될 수 있는지 먼저 문의하십시오. 귀하가 치과 보험이 있다면 저희는 귀하가 허용된 혜택을 최대한으로 받으실 수 있도록 도와드릴 것입니다. 이를 위해서 저희는 귀하의 이해와 협조가 필요합니다. 저희는 치료 시작 전에 귀하의 혜택에 대한 사전 승인을 제출함으로써 도와드릴 수 있습니다. 치료 후에는 저희가 예상 직접 귀하의 보험을 청구할 것입니다. 귀하가 보험 혜택에 대해 질문이 있으시다면, 고용주나 보험 회사에 직접 문의하시기 바랍니다. 치료에 대한 질문이 있으시다면 저희에게 문의 주시기 바랍니다.

나는 사전 승인과 비용 견적은 30 일 동안 유효하다는 것을 이해합니다. 보험사로부터 사전 승인을 받았다는 것이 실제 지불을 보증하지 않고, 보험사는 치과의사가 최종 청구를 보내기 전까지는 어떠한 비용도 지불하지 않습니다.

만일 이 치과에서 내 보험사로부터 의료비 지불을 받는다면, 나는 보험 회사, 다른 지급인 및 의료비 지급원이 장영준 치과에 지불하도록 배정하고 승인하는 것에 동의합니다. 나는 공제액, 공동부담금, 분쟁 및/또는 손실 청구, 보험 적용 대상이 아닌 서비스 혹은 치과 치료 제공자가 승인하지 않은 서비스, 보험 플랜에 의해 평가될 수 있는 위약금 등을 포함하지만 이에 국한되지 않는, 보험사(근로자 보상 포함)가 지불하지 않은 요금에 대해 재정적으로 책임이 있다는 것을 인정합니다. 60 일 이내에 보험회사에서 치료비에 대한 완불이 이루어지지 않을 경우, 나는 청구에 대한 모든 재정적 책임을 지고, 미지급분에 대해 지불하며, 내 보험사로부터 직접 보상을 받을 것을 동의합니다.

모든 치과 보험에 약관과 예외 조항 및 제한이 있으며 모든 서비스 비용을 지불하지 않을 수도 있다는 것을 이해하는 것이 중요합니다. 보험 혜택 설명을 받기 전에 지급된 금액은 견적이며, 보험에 따라 변경될 수 있습니다.

아래에 서명함으로써 나는 나에게 제공된 예상 공동부담금은 단지 견적에 불과하고 보증이 아니라는 것을 이해했습니다. 나는 보험사가 청구를 받고 검토하기 전까지는 공동부담금을 보장하지 않는다는 것을 이해했습니다. 나는 24 시간 이내에 예약을 취소하거나 나타나지 않을 경우 내 계정에 \$50.00 의 수수료가 부과된다는 것을 이해했습니다.

환자본인 혹은 보호자의 서명: _____ 날짜: _____

치과 워런티 안내

저희 치과는 귀하와 귀하 과정을 위해 제공하는 치의학에 긍지를 갖고 있습니다. 저희는 귀하가 현재 갖고 있는 치아 문제를 치료할 뿐만 아니라, 귀하의 시간과 불필요한 비용을 절약하기 위해, 앞으로 발생할 치아 질병을 어떻게 예방할지 보여드리는 데 목적을 두고 있습니다. 저희가 귀하께 제공할 치과 치료의 장기적 성공은 귀하가 가정에서 지속적으로 치아 및 잇몸 관리를 하는 것, 정기적인 전문 검사, 스케일링 및 불소 치료 등에 달려 있습니다. 저희가 귀하께 추천해드리는 제품과 전문적인 재관리 방문의 빈도는 귀하의 개인적인 상태에 따라 달라집니다. 그러한 방문은 귀하의 치아 잇몸 건강 상태에 따라 2, 3, 4, 혹은 6 개월 간격이 될 수 있습니다. 그것을 염두에 두고 저희는 다음과 같이 제한적인 치과 보증을 제공합니다.

실란트:

실란트(Sealant)는 치아의 구멍과 홈이 부패하는 것을 방지하기 위해 치아의 씹는 표면에 바르는 플라스틱 코팅입니다. 이러한 곳이 충치가 생기는 가장 흔한 곳입니다. 치실과 불소의 사용은 치아 사이의 부패를 막는데 도움이 됩니다. 저희는 실란트 시술 후 1 년 안에 문제가 생길 시에 실란트를 교체하거나 재 시술 해드립니다. 귀하께서는 규정된 정기적 재방문 약속을 지키셔야 하며 그렇지 않을 경우에 보증은 무효가 됩니다. (최소 매 6 개월마다)

레진(치아색) 충전:

만일 레진 치료가 권장되는 치료 방법인 경우, 1 년 안에 문제가 생길 시에 교체하거나 재시술 해드립니다. 귀하께서는 규정된 정기적 재방문 약속을 지키셔야 하며 그렇지 않을 경우에 보증은 무효가 됩니다. (최소 매 6 개월마다)

근관치료:

근관치료는 약 96% 성공하지만 가끔 실패하기도 합니다. 근관치료 실패로 귀하의 치아를 상실하는 경우에 1 년 이내에 저희는 근관치료 비용을 환불해드리거나 대체 치아를 위한 크레딧으로 비용을 돌려드립니다. 귀하께서는 규정된 정기적 재방문 약속을 지키셔야 하며 그렇지 않을 경우에 보증은 무효가 됩니다. (최소 매 6 개월마다)

크라운, 브릿지, 인레이, 온레이 및 도재 전장:

저희는 이러한 가장 포괄적인 치료를 2 년 동안 보증해 드립니다. 정상적인 사용시 부서지거나 손실되거나 부패한다면 2 년 내에 무상으로 교체하거나 재시술해드립니다. 이는 정상적인 건강한 치아도 부러질 수 있는 사고를 포함하지 않습니다.

귀하께서는 규정된 정기적 재방문 약속을 지키셔야 하며 그렇지 않을 경우에 보증은 무효가 됩니다. (최소 매 6 개월마다)

틀니 및 부분 틀니:

저희는 정상 사용시 틀니와 부분 틀니가 금이 가거나 부러지거나 테두리가 파손된 경우에 2 년 동안 보증해 드립니다. 이 보증은 틀니를 떨어뜨리거나 하는 사고에는 적용되지 않습니다. 전체 위 아래 틀니 환자분께서는 반드시 12 개월마다 한 번씩 검진을 받으셔야 합니다.

귀하께서는 규정된 정기적 재방문 약속을 지키셔야 하며 그렇지 않을 경우에 보증은 무효가 됩니다. (최소 매 6 개월마다)

주의: 보시다시피 저희는 귀하에게 처방된 치료의 내구성을 확신합니다. 장기적 성공의 중요한 열쇠는 양치질, 치실 사용, 불소와 필요시 처방된 제품을 사용하며 하루에 몇 분이라도 귀하의 가정에서 치아를 케어하는 것입니다. 성공을 위한 두 번째 열쇠는 정기적으로 전문적인 검사를 받고, 스케일링과 엑스레이 촬영 및 불소 도포를 하는 것입니다. (귀하의 상태에 따라 2, 3, 4, 혹은 6 개월 간격으로) 이 보증은 치아 또는 치과 보철물을 손상시키는 사고에 대해서는 적용되지 않습니다. 정기적으로 저희 치과를 방문하지 않을 경우에 이러한 보증은 무효가 됩니다. 귀하가 치아를 평생 유지하는데 도움을 드리는데 협조해 주시기 바랍니다.

환자본인 혹은 보호자의 서명: _____ 날짜: _____