

会計方針、見積もり、治療のための通知同意書

Financial Policy, Estimate, And Informed Consent For Treatment

治療の時に一括払い・自己負担分の支払いが必要です。現金、チェック、そして主要なクレジットカード(マスター、VISA、デイスカバー、アメックス)をご使用になれます。分割払いには、主要クレジットカードが要求され、そして簡単に5分で事前確認プロセス(Pre-approval)が可能です。もし、分割払いの申し込みをなさりたい方は、治療前に受け付けまでお申し出ください。

費用の見積もり

歯髄炎診察料 Exam: _____ 歯髄再治療 Endodontic Retreatment: _____
根管治療費 Root Canal Treatment: _____ 歯髄手術 Endodontic Surgery: _____

歯科保険を持っていらっしゃる患者さんに留意して頂きたいことは、たいていの場合、あなたの歯科保険は、あなたとあなたの雇用主(会社)、そして保険会社との間で同意されたものということです。適切なベネフィットをお持ちの患者さんに対するサービスとして、来院時にその時の治療の自己負担分について見積りをし、差額を保険会社へ請求します。保険会社がベネフィットについての正確で十分な情報を提供できない場合は、通常、治療費合計の50%を自己負担分(Co-Payment)として必要とします。**未支払い分の差額請求は保険の請求の申請45日後に患者さんに送られます。**いくつかの少数の歯科保険は、小切手(チェック)を患者さんのもつものに直接送付します。これらの歯科保険を持つ患者さんは治療費の全額を支払わねばなりません。そして私共のオフィスが保険請求を保険会社に送付後、保険のチェックが直接ご本人に郵送にて送られます。

Informed Consent for Treatment

(治療についての通知同意書)

治療プラン Treatment Plan: _____ 予後 Prognosis: _____

現在の症状に適切な治療が必要であることの説明を受けました。代替可能な治療方法、抜歯、治療の延期、そして何も治療しない場合も含め説明を受けました。根管治療や手術を受けた歯は、時として再治療を必要とし、さらに再手術や抜歯が必要になる場合があることを理解しています。

私が受ける治療には、**固有のまたは、潜在するリスクとして次のこともあるだろうことを理解します**：腫れる、過敏、出血、痛み、感染、しびれやぴりぴりする感じなどの症状が、唇、舌、あご、歯茎、頬そして歯に一時的に、また、稀なケースとして永久に残る場合があります。また顎関節症(TMJ)、歯やクラウン(冠)、ブリッジがぐらぐらになる、耳、頭、首に関連した痛み、回復の遅れ、副鼻腔気管の貫通、治療の不成功、歯科器具(壊れた器具—歯、根管、副鼻腔の貫通)、薬物治療、麻酔、注射などで生ずる症状。顔面のしみ。薬の副作用による眠気とふらつき。**抗生物質は、避妊薬の効果を抑制する場合があります。**

もっとも一般的な問題は(これに限らないが、)器具が歯の中で破損することです。以前の治療や石灰化により根管を通り抜けることができない、歯の外側への貫通、現在あるクラウンの修復、修繕できない破損、根管やクラウン、磁器の歯の破損や割れ、首の近くの歯茎の後退があるかもしれません。

処方された薬は、以下の症状を伴うことがあります。嘔吐、アレルギー反応、眠気、ふらつき、認識力や原動力の低下。定められた処方に他の処方や飲酒を伴うと相互作用の結果、有害な副作用を生じる可能性があります。また、場合によっては、処方された薬の影響により、乗り物を運転することが困難になり、危険を伴う可能性があるということを理解しています。

治療した歯に(仮ではなく)永久的な修復を6週間以内に完了することが必要なことを理解しています。根管治療の費用にこれは含まれず自分の負担であり、**歯医者で永久修復ができなかった場合には根管治療を失敗に導くことがあることを理解しています。**それは、根管治療歯科の行うサービスの領域ではないことを理解しています。

完全な結果の保障や約束はないこと、保証や約束ができないことを理解しこれらのことについて説明を受けました。すべての質問に回答があり、上記のインフォメーションについて注意深く読み理解しました。この書面は、提案されたドクターの考える治療のすべての議論を反映している必要はありません。私は、Dr. Rybickiとその他の代理人、Novi Endodonticsの従業員に処置を行うことに承諾を与えます。またいくつかのスライド、写真、レントゲン、症例を匿名で使用し出版物や発表、または、教育目的で使用することを承諾します。

私は、治療計画と費用について検討しました。私は歯科治療のサービスと材料のすべての費用に責任があることを理解しています。
適切な法律の下では差押命令状が認可され、この請求に関連した情報を解き放すことを正当と認めます。

患者または保護者のサイン

Signature of Patient/Parent _____ Date _____

立会人のサイン

Witness Signature _____ Date _____