

1. 小孩的資訊

日期: _____ 檔案號碼 # _____

小孩的姓: _____ 名: _____

小孩的小名 _____ 男孩 女孩

小孩的生日: _____ 年齡: _____

學校: _____ 年級: _____

家裡電話: _____

小孩社會安全卡號碼: _____

家裡住址: _____

介紹人: _____

2. 保險資料

主要牙齒醫療保險資料

保險公司: _____

保險公司住址: _____

保險公司電話: _____

保險人號碼: _____

保險人姓名: _____

關係: _____ 生日: _____

保險人的雇主名稱: _____

保險有加保牙齒矯正嗎? 有 沒有

次要牙齒醫療保險資料 有 沒有

3. 小孩家庭的資料

今天誰帶小孩來?

名字: _____ 關係: _____

是否有小孩的監護權? 有 沒有

小孩有幾個兄弟姐妹? _____ 年紀: _____

媽媽的名字: _____

電子郵件帳號: _____

媽媽的住址是否與小孩相同? 是 否

媽媽的手機號碼: _____

媽媽的社安卡號碼: _____

媽媽的生日: _____

媽媽的駕照號碼: _____

媽媽工作的電話號碼: _____

爸爸的名字: _____

電子郵件帳號: _____

爸爸的住址是否與小孩相同? 是 否

爸爸的手機號碼: _____

爸爸的社安卡號碼: _____

爸爸的生日日期: _____

爸爸的駕照號碼: _____

4. 帳戶 - 帳戶負責人的資料

姓名: _____ 關係 _____

帳單住址 _____

社安卡號碼: _____

生日: _____ 駕照號碼: _____

工作電話: _____

付款方式: 現金 信用卡

卡號: _____

_____(草簽) 我特此授權將我的保險權力和福利轉讓給提供服務的提共者. 我完全理解我對我保險公司未支付的任何餘額 我會承擔全部責任.

5.

今天来访的原因是？ 检查， 紧急状况， 咨询。

孩子有任何疼痛吗？ 有， 没有。多久了？_____

请指出以下任何问题：

下颌关节不舒服 有声音 补牙需要修复 染牙

牙龈红肿或出血 磨牙 牙关紧闭症

牙龈或牙齿敏感 耳鸣 口臭

嘴里或周围有水泡或溃疡 牙齿碎裂或破碎 牙齿松动

其他: _____

孩子需要预先服药吗？ 需要 不需要 不知道

之前的牙医名字 _____ 电话 (____) _____

最后一次的牙科检查是 ____/____/____ 最后的一次 X 光片 ____/____/____

孩子一天刷几次牙齿 _____ 使用几次牙线 _____

孩子喝的水是氟化的吗？ _____

你怎么评价孩子的笑容？ _____ (1 最好，10 最差)

6.

孩子服用以下任何一种药物吗？ 止痛药 利他能 兴奋剂

血液稀释剂 镇静剂 胰岛素 肌肉松弛剂 其它 _____

孩子的主治医生 诊所名称 _____ 电话 (____) _____

住址 _____

小孩有或曾有以下任何疾病/病症或病史？

- | | | |
|------------|------------|----------------|
| 有无 心脏杂音 | 有无 扁桃體發炎 | 有无 高血壓 |
| 有无 风湿熱 | 有无 呼吸系統問題 | 有无 肝炎 |
| 有无 人工心臟瓣膜 | 有无 哮喘 | 有无 人造骨頭/關節/植入物 |
| 有无 遺傳性心臟問題 | 有无 輸血 | 有无 肝腎器官問題 |
| 有无 星紅熱 | 有无 白血病/貧血 | 有无 艾滋病 艾滋病毒 |
| 有无 手术 | 有无 糖尿病/低血糖 | 有无 肺結核 |
| 有无 癌症/腫瘤 | 有无 血友病 | 有无 精神問題 |
| 有无 化療 | 有无 異常出血 | 有无 多動兒 |
| 有无 顛下頷關節紊乱 | 有无 唇裂 顎裂 | 有无 昏厥 癲癇 |
| 有无 聽力問題 | 有无 天生缺陷 | 有无 腦癱 |

請列出其他任何沒有題到的疾病: _____

小兒有無對以下過敏: 胶乳 青霉素 四环素 牙醫用麻醉剂 novocaine

阿司匹林 食物過敏 其他: _____

請評估小孩的健康狀況 1-10 _____ 小孩有無配帶隱形眼鏡 有 无

小孩有無吃過哌甲酯 利他能 无 有/多久 _____? 小孩的血型 _____

小孩有任何以下? 吸允手指 舌頭推牙

打呼 用口呼吸 咬嘴唇

我们邀请您与我们讨论有关我们服务的任何问题。最好的牙科保健服务基于提供者和患者之间的友好及相互理解。

我们的政策:須全額支付當天所提供的所有服務,除非有與經理作出其他安排。如果在服务后 90 天内未結清金額且未进行任何财务安排。您将全權负责诉讼费、利息费及讨债公司所产生的任何其他费用。

我授权牙醫師及其助手提供诊断和治疗所需的任何必要服务。我还授权牙醫診所釋出任何合保險索賠所需的任何信息給保險公司。

我理解上述信息并保证此表格已经正确地填寫完畢。并且理解我有责任通知牙醫診所所有的任何变更信息。

_____ 我确认已收到隱私声明摘要的副本

簽名 _____

日期 ____/____/____