



White Tree Dental

44031 Pipeline Plaza Suite#215 Ashburn VA 20147

환자 정보

환자 이름: (영문) _____ (한글) _____
Last First M.I. 호날짜

소셜 번호: _____ 성별: 남/여 결혼: 예/아니오 생년월일: _____

전화 번호: (집) _____ (직장) _____ (휴대폰) _____

주소: _____

응급시 연락처: (이름) _____ (전화번호) _____

이메일 주소 _____

환자가 미성년자일 경우 보호자의 인적 사항을 기재해 주시기 바랍니다.

보호자 이름: (영문) _____ (한글) _____ 환자와의 관계: _____

소셜 번호: _____ 성별: 남/여 결혼: 예/아니오 생년월일: _____

전화 번호: (집) _____ (직장) _____ (휴대폰) _____

주소: _____

보험 정보

제1 치과보험: _____ 가입자 성함: _____

가입자생년월일: _____ 가입자 소셜번호: _____ 가입자와의 관계: _____

그룹이다: _____ 멤버이다: _____

제2 치과보험: _____ 가입자 성함: _____

가입자생년월일: _____ 가입자 소셜번호: _____ 가입자와의 관계: _____

그룹이다: _____ 멤버이다: _____

HIPAA (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) 에 의하면 환자의 건강 정보가 보호받도록 되어있습니다. 환자의 치료나 보험 혹은 치료비 청구등을 위하여 환자의 건강 정보를 사용할 수 있도록 허가합니다. 환자 자신이 본인의 건강 기록을 보호할 권리가 있다는 것을 알고 있습니다

환자서명: _____ 날짜: _____

치과 진료내력및 건강상태에 대한 정보

(여성환자분) 현재 임신중이십니까? 예(0 개월) 아니오 0

오늘 치과에 오신 이유는: _____

마지막으로 치과 방문 날짜: _____

오늘 치과에 오신 이유: _____

마지막치과 방문날짜: _____ 마지막치과 X-ray 촬영 날짜: _____

전에다녔던 치과 이름: _____

주소: _____

아래와 같은 치아에 관련된 문제들이 있습니까? 해당사항이 있으면 표시해 주시기 바랍니다.

- 구강 약취 이물 간다. 뜨거운 음식에 민감하다.
 - 잇몸 출혈 이가 흔들린다/ 때운 것이 부러졌다 단 음식에 민감하다.
 - 턱이 빠짐 잇몸 치료를 받은 적이 있다. 이를 물면 민감하다.
 - 이 사이에 음식물이 낀다. 찬 음식에 민감하다. 입안에통증이나 종양이 있다.
- 양치하는 얼마나 자주 하십니까? _____ 치실 사용은 얼마나 자주 하십니까? _____

현재 복용하고 있는 약(예: 아스피린):

부작용이 있는 약(예: 페니실린):

현재 앓고 계신 질병(예: 고혈압, 당뇨) : _____

최근 2년 동안 입원하셨거나, 응급실에 가신적이 있으십니까? _____

건강상의 이유로 담당의사가 있으시면 담당의사의 이름과 전화번호를 기재해주세요

(담당의사 이름) _____ (전화번호) _____

위의 내용들은 모두 사실이며 정확하게 기록한 것입니다. 건강 상태에 변화가 생기면 다음 진료시 꼭 알려드리겠습니다.

진료비 납부에 관한 안내

저희 하안나무 치과를 찾아 주셔서 감사합니다. 저희 치과에서는 가장 적절한 비용으로 최상의 진료를 받으실 수 있도록 노력하고 있습니다. 아래 사항들은 저희 치과의 진료비 납부 규정입니다. 자세히 읽으신 후 서명해 주시기 바랍니다. 질문이나 고려 사항이 있으시면 저희 직원과 상담해 주시기 바랍니다.

진료비는 아래와 같은 방법으로 지불하실 수 있습니다.

- 현금
- 비자/ 마스터 카드

저희 치과에서는 환자분이 보험 혜택을 최대한 받으실 수 있도록 협력하고 있습니다. 환자께서 가지고 계신 보험의 정관을 자세히 읽어 보시길 바랍니다. 혜택이 가능한 진료와 제한된 사항들을 자세히 알고 계시는 것이 매우 중요합니다. 저희는 환자분의 보험에서 정하는 약관에 따르고 있습니다. 환자께서는 보험 공제액이나 co-pay는 진료받으시는 당일 내셔야 합니다. 만일 보험회사에서 진료 후 45일이 지나도 보험료를 지불하지 않거나 어떤 이유로 든지 보험료 지불이 거절될 경우 환자분께서 잔액을 부담하실 책임이 있습니다.

- 응급치료를 위해 처음 저희 치과에서 진료를 받으신 경우는 반드시 당일 진료비를 완불하셔야 합니다. 하지만 가까이 보험료 청구를 도와드리고 치료비를 변상받으실 수 있도록 도와드리겠습니다.
- 모든 보철과 관련된 진료는 끝나기 전에 반드시 완불하셔야 합니다.
- 30일 이상 미납된 진료비 잔액에는 월 1.5%의 이자나 5불의 재청구비가 부과됩니다. (두 가지 중 높은 액수가 해당됨)
- 진료비를 늦게 납부하셔서 생기는 비용은 환자께서 부담하셔야 합니다.
- 저희는 어린이 진료시 함께 오신 부모님이나 보호자께서 진료비를 책임지는 것으로 간주합니다. 만일 다른 분이 어린이의 치료비를 책임지실 경우 부모님이나 보호자께서 먼저 진료비를 지불하시고 책임자로 부더변제 받으시기 바랍니다. 편리를 위해 모든 진료비 청구서 사본을 만들어 드리겠습니다.
- 예약을 지키지 않으실 경우 30분당 30불의 위약금이 부과됩니다. 48시간 전에 예약 변경을 알려 주셔야 합니다.
- 부도 수표를 쓰셨을 경우 25불의 벌금을 내셔야 합니다.
- 치과 기록이나 X-Ray 사본을 원하실 경우 수수료는 15불입니다.

본인은 진료비 납부 규정을 읽고 이에 동의합니다.

날짜

환자 이름

환자/ 부모/ 보호자 서명