



镇静和种植牙医

患者信息

名称日期 _____ 第一的 _____ 中间 _____ 最后的 _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

家庭电话 _____ 手机# _____ 社会号码。安全号码# _____ 出生日期 _____

电子邮件 _____ 复选框: 未成年人 已婚 单身 离婚 丧偶 分居

雇主 _____ 工作电话 _____

公司地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

如果是大学生, 学校名称 _____ 城市 _____ 州 _____

患者/家长的雇主 _____ 工作电话 _____

公司地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

配偶或父母姓名 _____ 雇主 _____ 工作电话 _____

紧急情况下的联系人 _____ 电话 _____

关系 _____ 您是如何得知我们的? _____

责任方

账户负责人姓名 _____ 与患者的关系 _____

地址 _____ 家庭电话 _____

驾驶执照# _____ 州 _____ 出生日期 _____ 社会保障# _____

雇主 _____ 工作电话 _____

此人目前是我们办公室的病人吗? 是的 不

保险信息

被保险人姓名 _____ 与患者的关系 _____

出生日期 _____ 社会。安全# _____ 受雇日期 _____

雇主名称 _____ 工会或本地# _____ 工作电话 _____

雇主地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

保险公司 _____ 电话。# _____ 组。# _____ 保单/ID# _____

您的免赔额是多少? _____ 您使用了多少? _____ 年度最高福利 _____

您有额外的牙科保险吗? 是的 不 如果是, 请完成以下操作:

被保险人姓名 _____ Soc. 保安号码 _____ 受雇日期 _____

雇主姓名 _____ 工作电话 _____ 工会或本地电话号码 _____

雇主地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

保险公司 _____ 电话# _____ 团体# _____ 保单/ID 号码 _____

插入。公司地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

您的免赔额是多少? _____ 您用了多少? _____ 年度最高福利 _____

授权与发布

我保证我已尽我所知阅读并理解上述信息。以上问题已得到准确回答。我了解提供不正确的信息可能会危害我的健康。我授权牙医向第三方支付款人和/或医疗从业者披露任何信息, 包括在此类牙科护理期间为我或我的孩子提供的诊断和任何治疗或检查的记录。我授权并要求我的保险公司直接向牙医或牙科集团支付本来应支付给我的保险福利。我了解我的牙科保险公司支付的费用可能低于实际的服务账单。我同意负责支付代表我或我的家属提供的所有服务的费用。

打印患者姓名 _____

日期 _____

患者 (或未成年人的父母) 签名 _____

日期 _____

患者姓名 _____ 出生日期 _____

此次访问的原因 _____

您最后一次看牙医是什么时候? _____ 当时做了什么? _____

在此之前您多久去看一次牙医? _____ 以前的牙医 (姓名和地点) _____

您是否拍摄过一系列完整的牙科胶片 (X光) ——何时何地? _____

您多久刷一次牙? _____ 您多久用一次牙线? _____ 您的饮用水加氟了吗? 是 ____ 否 ____

	是	否		是	不
刷牙或使用牙线时牙龈会出血吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	您经常咬嘴唇或脸颊吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的牙齿对热或冷的液体/食物敏感吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你有没有发现你的牙齿松动了?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的牙齿对甜或酸的液体/食物敏感吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物是否容易夹在中间? 你的牙齿?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否感到任何牙齿疼痛?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	您曾经接受过牙周治疗 (牙龈) 吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的口腔内或附近是否有任何溃疡或肿块?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	您曾经佩戴过咬合板或其他器具吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的头部、颈部或下巴是否受过伤?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	您过去是否遇到过拔牙困难的情况?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否遇到过以下问题:			您是否经历过拔牙后长时间出血的情况?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下巴发出咔哒声	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	您戴假牙或局部假牙吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疼痛 (关节、耳朵、脸的一侧)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	如果是, 请给出放置日期		
张开或闭合下巴困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	您是否收到过有关牙齿护理的口腔卫生说明?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咀嚼困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
您经常头痛吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
你会咬紧牙关还是磨牙吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
如果你可以改变任何事物 关于你的笑容, 你会改变什么?					

授权与发布

我保证我已尽我所知阅读并理解上述信息。以上问题已得到准确回答。我了解提供不正确的信息可能会危害我的健康。我授权牙医向第三方支付款人和/或医疗从业者披露任何信息, 包括在此类牙科护理期间为我或我的孩子提供的诊断和任何治疗或检查的记录。我授权并要求我的保险公司直接向牙医或牙科集团支付本来应支付给我的保险福利。我了解我的牙科保险公司支付的费用可能低于实际的服务账单。我同意负责支付代表我或我的家属提供的所有服务的费用。

打印患者姓名 (或父母/未成年人监护人) _____

日期 _____

患者签名 (或父母/未成年人监护人) _____

日期 _____

医生签名 _____

日期 _____

笔记: _____

病史

患者姓名 _____ 出生日期 _____

尽管牙科人员主要治疗口腔内和口腔周围的区域，但口腔是整个身体的一部分。您可能存在的健康问题或您可能正在服用的药物可能与您将接受的牙科治疗有重要的相互关系。感谢您回答以下问题。

主治医师姓名 _____ 电话 _____

地址 _____ 最后一次考试日期 _____

请列出您正在服用的所有药物（包括非处方药）？ _____

您是否因任何手术或严重疾病住院？是 ___ 否 ___ 请解释 _____

	是的	不		是的	不
你身体好吗？			您是否服用过 Fosamax 或双膦酸盐衍生物？		
过去一年您的健康状况有变化吗？			你使用烟草吗？		
您正在接受医生的治疗吗？			您是否或曾经使用过管制物质？		
您最近有减肥吗？			您戴隐形眼镜吗？		
您服用过 Fen-Phen 或 Reeduc 吗？			您是否有任何未列出但您认为我应该了解的疾病、状况或问题？解释 _____		
您有过异常出血吗？			_____		
你容易瘀伤吗？			仅限女性：		
您曾经需要输血吗？			您是否怀孕或认为您可能怀孕了？		
你在护理吗？			你在护理吗？		
您正在采取避孕措施吗？			您正在采取避孕措施吗？		

您是否对以下情况过敏或有反应：	是的	不	您是否对以下情况过敏或有反应：	是的	不
局部麻醉剂，如沃卡因			荨麻疹皮疹		
青霉素或其他抗生素			晕厥或头晕		
磺胺类药物			糖尿病		
巴比妥类药物、镇静剂或安眠药			贫血		
阿司匹林			癫痫或癫痫发作		
碘			艾滋病或艾滋病毒感染		
任何金属（例如镍汞）			甲状腺问题		
乳胶橡胶			过敏		
其他：请列出 _____					
您有/曾经有过以下情况吗？	是的	不	关节炎或风湿病		
风湿性心脏病/风湿热			关节置换或植入		
猩红热			胃溃疡		
心脏缺陷或心脏杂音			肾脏问题		
心脏病/心脏病发作/心绞痛贫血			结核		
胸痛			持续咳嗽		
气促			化疗（癌症、白血病）		
起搏器			性病		
心脏手术			窦瓣脱垂		
先天性心脏病			青光眼		
高/低血压			可的松治疗		
脚、脚踝、手肿胀			紧张		
肝炎、黄疸或肝病			唇疱疹/发烧水泡		
中风			扁桃体炎		
鼻窦问题			低血糖		
肺部或呼吸问题			肿瘤		
咳嗽带血			饮食失调		
哮喘或花粉热			心理保健		
			背部问题		

认证
我保证我已尽我所知阅读并理解上述信息。以上问题已得到准确答复。我了解提供不正确的信息可能会危害我的健康。

打印患者姓名 _____ 日期 _____

患者签名（未成年人则为 _____ 日期 _____
父母）



镇静和种植牙医

知情同意书

患者姓名: _____ 日期: _____

1. 概述

抗生素、镇痛剂、局部麻醉剂和其他药物可引起过敏反应，导致组织发红和肿胀、无限期麻木、疼痛、呕吐和/或过敏性休克。服用某些抗生素会干扰口服避孕药的有效性。牙科手术期间使用局部麻醉剂或用力下颌可能会导致颞下颌关节和周围肌肉疼痛和/或运动受限。我已阅读并理解上面列出的治疗方法和术语。

姓名首字母/日期 _____ / _____

2. 麻醉

全身麻醉的实施和监测可能会根据手术类型、执业医师类型、患者的年龄和健康状况以及提供麻醉的环境而有所不同。风险可能因情况而异。我们鼓励您探索您和/或您的孩子可用的所有选择，并咨询牙医或儿科医生。我已阅读并理解列出的治疗方法和术语。

姓名首字母/日期 _____ / _____

3. 治疗计划的变更

在治疗期间，可能需要改变或增加程序，因为在治疗牙齿时发现了检查期间未发现的情况；例如，常规修复程序或牙冠后进行根管治疗。因此，费用只能估算，并可能根据治疗过程中可能出现的不可预见或无法诊断的情况进行修改。我已阅读并理解上面列出的治疗和条款，并允许牙医进行任何必要的更改。

姓名首字母/日期 _____ / _____

4. 牙冠、牙桥和牙冠

需要制作牙冠的情况也可能需要进行根管治疗才能解决。有时，这种情况在放置牙冠后会变得明显。我可能戴着临时牙冠或带有临时粘固剂的永久牙冠，这些牙冠可能很容易脱落，因此必须小心确保它们一直戴在上面，直到永久牙冠永久粘固为止。我有责任在牙齿预备后 45 天内返回进行永久粘接。过度延迟可能会导致牙齿移动，从而可能需要重新制作牙冠、牙桥或牙冠。由于我延迟永久粘固，重做将收取额外费用。有时，天然牙齿的颜色与人工牙齿的颜色无法完全匹配。改变我的牙冠、牙桥或帽子（形状、大小、适合和颜色）将在永久粘固之前进行。我已阅读并理解上面列出的治疗方法和条款。

姓名首字母/日期 _____ / _____

5. 假牙

佩戴假牙可能很困难。疮斑、言语改变和进食困难是常见问题。拔牙后立即放置假牙可能会很痛苦。即刻假牙可能需要大量调整和多次重衬。稍后需要永久修复，且不包含在假牙费用中。我有责任退货，否则可能会导致假牙不合适。如果由于我的延误超过30天而需要重拍，则需要额外收费。我已阅读并理解列出的治疗方法和术语。

姓名首字母/日期 _____ / _____

6. 牙髓治疗（根管）

根管治疗通常需要多次预约才能完成。我必须回来参加所有预约才能完成治疗。无法保证根管治疗能够挽救牙齿。可能会出现并发症，有时根管填充材料可能会延伸到牙齿，这并不一定会影响治疗的成功。牙髓锉和铰刀是非常精细的器械，在制造过程中释放的应力可能会导致它们在使用过程中分离。有时，根管治疗（根尖切除术）后可能需要进行额外的外科手术。通常，为了防止牙齿断裂，需要安装牙冠。尽管竭尽全力挽救牙齿，牙齿仍可能脱落。我已阅读并理解上面列出的治疗方法和条款。

姓名首字母/日期 _____ / _____

7. 馅料

最初 24 小时内咀嚼馅料时必须小心，以免破裂。由于额外的腐烂，可能需要更严重的广泛填充（比最初诊断的）。严重敏感是新补牙时常见的后遗症。我已阅读并理解上面列出的治疗方法和条款。

姓名首字母/日期 _____ / _____

8. 牙周损失（组织和骨）

牙周病是一种严重的疾病，会导致牙龈和骨骼发炎或脱落，从而导致牙齿脱落。已向我解释了替代治疗计划，包括牙龈手术和/或拔牙。进行任何牙科手术都可能使口腔卫生程序复杂化，从而对我的牙周状况产生不利影响。我已阅读并理解列出的治疗方法和术语。

姓名首字母/日期 _____ / _____

9. X光片

牙医要求使用射线照片来正确诊断我的牙科治疗。射线照片将用作我的护理记录，并可与我的名字一起使用，并发送给我的保险公司、其他牙医，并用于教育目的、演示和其他合法目的。我已阅读并理解列出的治疗方法和术语。

姓名首字母/日期 _____ / _____

10. 照片

牙医和工作人员可能会拍摄我的脸部、下巴和牙齿的照片、口内幻灯片和/或视频。照片、口内幻灯片和/或视频将用作我的护理记录，并且可以在没有我的名字或虚构名字的情况下用于教育目的、演示、专业出版物和任何其他合法目的。我免除并永远免除镇静和种植牙医因此类使用或图像复制质量而产生的任何索赔、要求或责任。我已阅读并理解列出的治疗方法和术语。

姓名首字母/日期 _____ / _____

11. 拔牙

拔牙并不总能消除所有感染（如果存在），可能需要进一步治疗。拔牙所涉及的风险包括疼痛、肿胀、感染扩散、骨折、干槽症、牙齿、嘴唇、舌头和周围组织的感觉丧失（感觉异常），这种情况可能会持续无限期。如果治疗期间或治疗后出现并发症，我可能需要专科医生的进一步治疗，费用由我承担。我已阅读并理解上面列出的治疗方法和条款。

姓名首字母/日期 _____ / _____

_____ 正楷姓名

_____ 签名（患者、家长或法定监护人）

_____ 日期

财务政策

我们致力于为您提供最好的牙科护理。您对我们的财务政策的清晰了解对于我们的专业关系非常重要。我们很高兴随时与您讨论专业费用。如果您有任何疑问，请询问。

所有患者在看医生之前都必须填写我们的“患者信息表”。

对于所有紧急（当天）预约，应在服务当天全额付款。

我们接受现金、带有银行担保卡的本地支票、Visa、MasterCard、Discover 和 American Express。

对于您未来的预约，您需要在治疗前付款以预留医生的时间。对于未成年患者，他/她的父母或监护人应对任何账户余额负责。

对于有保险的患者，我们将通过协助提交保险索赔来帮助您获得最大的福利。付款将直接发送给患者。我们不能保证您的保险公司能够报销。

保险是您和保险公司之间的合同。我们出于对患者的礼貌提出保险索赔。除了根据需要提供事实信息外，我们不会卷入您与您的保险公司之间有关免赔额、共付额、承保费用、二次保险、预授权等方面的争议。您有责任及时支付您的帐户。

如果出于任何原因您必须取消或重新安排预约，您必须提前两天（48 小时）通知办公室。如果不这样做，我们将根据您预订的时间收取费用。这些费用将为商定的程序金额的 25%（最低 50 美元）。

我承认并同意支付合理的托收费用、律师费和因托收逾期账户而产生的法庭费用。我已阅读、理解并同意上述财务政策。

姓名

日期

签名/法定监护人（如果是未成年人）

牙科材料情况说明书

加利福尼亚州牙科委员会准备了这份情况说明书，总结了最常用的修复牙科材料的信息。本情况说明书中的信息旨在鼓励患者和牙医就选择最适合患者牙科需求的牙科材料进行讨论。它并不是牙科材料科学的完整指南。

修复牙科中最常用的材料是汞合金、复合树脂、玻璃离子水门汀、树脂离子水门汀、瓷器（陶瓷）、瓷器（熔合金属）、金合金（贵金属）以及镍或钴铬合金（基体）-金属合金。每种材料都有其自身的优点和缺点、益处和风险。这些和其他相关因素在随附的手册《关于填充物的事实》中进行了比较。这些陈述得到了主要在 1993 年至 2001 年期间发表的相关、可信的牙科研究的支持。在某些情况下，当代研究很少，牙科委员会根据 1993 年之前的信息表明了其最佳看法。

读者应该意识到，牙科治疗的结果或修复体的耐用性不仅仅取决于修复体的材料。任何修复体的耐用性都受到牙医放置修复体时的技术、手术中使用的辅助材料以及患者在手术过程中的配合的影响。牙齿修复后，修复体的寿命将很大程度上取决于患者对牙齿卫生和家庭护理的依从性；他们的饮食和咀嚼习惯；他们定期拜访办公室，以维护材料、检测腐烂和牙周病。

镇静和种植牙医的目标是使用最好的材料为我们的患者提供最好的长期治疗。

我承认我已收到并阅读了 2019 年名为“关于填充物的事实”的牙科材料情况说明书的副本。

患者姓名

日期

签名/法定监护人（如果是未成年人）