



## 患者理解和同意书

### 感谢选择 Penn Dental Medicine!

**一般信息:** Penn Dental Medicine (也称为“PDM”)是一所教学机构,同意参与教学计划的患者将在 PDM 教员的监督下接受治疗。我们尊重每一位患者,并将以精湛技艺为患者提供所有护理和治疗。PDM 是一所教育机构,因此与私人牙科诊所相比,治疗时间可能会更长。大部分 PDM 诊疗时间约需 1 至 4 小时。我们希望患者每周就诊一次或两次。

**Penn Dental Family Practice (也称为“PDFP”)** 为患者提供牙科医学技艺和科学领域的深刻经验和知识。我们的专家团队采用领先的患者照护技术执业,全心全意为 PDFP 患者服务。Penn Dental Family Practice 专家团队中的执业医师不仅致力于培养下一代牙医,还在 Children's Hospital of Philadelphia、Penn Presbyterian Medical Center 和 Hospital of the University of Pennsylvania 等机构执业。

**急诊牙科护理:** 急诊牙科治疗旨在帮助具迫切需要的个人减轻剧痛和感染情况。

**PDM 患者:** 身为综合护理患者,您可以 24 小时获得牙科急诊服务。此服务将收取相关费用。**工作时间以外的急诊:** 星期一至星期五下午 4:30 至上午 8:00、周末及 PDM 节假日。如果患者需要在工作时间以外获得急诊服务,必须致电 215-898-8961。

**PDFP 患者:** 身为综合护理患者,您可以 24 小时获得牙科急诊服务。此服务将收取相关费用。**工作时间以外的急诊:** 星期一至星期五下午 4:30 至隔天上午 8:00、周末及 PDM 节假日。如果患者需要在工作时间以外获得急诊服务,则必须致电 215-898-7337。

请勾选您所在地点:

- Penn Dental Medicine
- Penn Dental Family Practice

**牙科护理同意书:** 本人在此确认,本人将在 Penn Dental Medicine 的上述地点接受治疗和/或住院,并自愿同意接受 Penn Dental Medicine 授权代理或员工提供的治疗,包括常规诊断程序和牙科治疗。本人确认,PDM 或 PDFP 无法向本人保证治疗效果。本人明白,Penn Dental Medicine 是宾夕法尼亚大学旗下的教学机构,并且本人同意参与培训项目的人员参与本人的治疗。

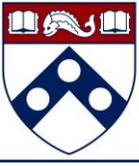
**患者获取信息和同意治疗:** 身为患者,本人明白,本人可以获得有关自身病情的最新和完整信息。除非另有说明,本人还将获得持续治疗、了解预估费用,并根据安排妥当的治疗方案接受牙科护理。接受治疗之前,本人的牙科保健提供者或口腔保健员将与本人讨论其建议手术,在决定是否同意接受所述手术之前,本人有机会提出任何可能的问题。所有牙科手术都可能存在风险,包括治疗失败和/或出现并发症,且治疗机构不能保证治疗的效果或者是否能治愈。本人有权随时了解任何此类风险,以及手术的性质、预期的益处、是否有替代治疗方法和不治疗的风险。我们将在必要且适当时为检查、诊断、会诊和治疗提供适当的牙科射线照片。接受任何建议的手术之前,本人有权随时同意或拒绝治疗。

**财务责任:** 本人明白,治疗机构将根据提供服务时生效的收费表向本人收取治疗费用。开始治疗前,治疗机构会向本人提供费用估算,且本人明白,本人必须准备好支付他们所提供服务的费用。本人理解,对于义齿、齿桥或牙冠等手术,需要在治疗开始之前支付部分费用,并在此类治疗结束前支付全部费用。本人同意负责支付本人牙科保险不予承保的牙科服务和材料的所有相关费用。

一旦签署本同意书,即表示本人授权将该支付给本人的牙科福利直接支付给 Penn Dental Medicine,以及在适用法律允许的范围内,本人授权披露与本人牙科保险理赔相关的所有信息。本人理解,如果本人账户被指定为托收,本人需要支付所有未支付费用和托收费用。

**牙科病历:** 本人明白,本人治疗相关的牙科病历、射线照片(X光片)、照片、视频、音频/数字记录、模型和诊断辅助手段均为 Penn Dental Medicine 的财产。在法律允许的情况下,Penn Dental Medicine 可以使用和披露本人的个人健康信息,或者从其他医疗保健提供者处获取此类信息,包括但不限于用于提供医疗保健、处理付款和 PDM 经营等目的。本人明白,所收集关于本人 HIV/AIDS、药物使用障碍和行为健康治疗的信息受州和/或联邦法律的特殊隐私保护。

**通讯:** 为改进您在本机构的就诊体验,您可以选择接收与您在 Penn Dental Medicine 所接受护理和治疗相关的来电、短信和电子邮件消息,包括但不限于约诊确认、付款提醒及其他重要信息。本人明白,短信和电子邮件方式无法保证百分百安全。短信可能会收取信息和数据费。



以下是本人选择的所有首选联系方式（请选择）：

- 电话
- 电子邮件
- 短信

如未选择首选联系方式，我们将通过电话方式与您联系。如果您在任何时候想更改首选联系方式，请在预约之前或之后寻求前台工作人员的帮助。

**请按时赴约：** 本人明白，无论出于何种原因，不按时赴约均可能导致治疗停止。如果不按时赴约或未提前至少 24 小时发送取消通知，本机构可能会收取相应费用。

**停止治疗：** 本人明白，Penn Dental Medicine 保留在其认为适当且符合 PDFP、本人或 PDM 教学计划最大利益的情况下停止牙科治疗的权利。本人明白，如果需要终止治疗，针对未提供服务的所有剩余贷方余额均将退还给本人。

本人明白，如果 PDM 学生或教员或者 PDFP 执业主管无法解决本人的任何投诉，本人可通过以下联系方式请求预约：

**Penn Dental**

Office of the Patient

Advocate 240 S. 40<sup>th</sup>

Street Philadelphia, PA 19104

电话：(215) 573-4742

电子邮件：PDMPatientAdvocate@dental.upenn.edu

**患者理解和同意书**

- 本人已阅读并理解每个段落，并自愿签名表示同意。如果采用电子签名：本人接受并认定以下签名具有法律约束力，且等同于本人之手写签名。
- 本人已阅读并理解每个段落，且本人不愿意签署此患者理解和同意书。如拒绝签署此同意书，即表示本人明白本人不能在此接受治疗。

患者签名：

日期：

见证人签名：

日期：



## 信息披露授权书

为实现 Penn Dental Medicine 的愿景，我们需要培训新的牙科医生、确保我校学生获得各自专业领域认证、与业界其他同行分享牙科知识，并向专业期刊供稿。为此，PDM 的学生和教员经常需要在各种会议上向专业人士乃至负责专业认证的机构汇报其研究方向的牙科案例。有时，此类案例研究可能会发表在专业期刊上。某些情况下，此类案例报告会涉及受保护健康信息。一旦签署此授权书，即表示您同意 Penn Dental Medicine 的临床护理提供者出于此类案例报告之目的披露所列的受保护健康信息。

1. 本人明白，Penn Dental Medicine 提供者希望出于案例报告之目的披露本人的受保护健康信息。具体而言，他们希望披露本人的牙科病情描述、有关本人一般健康的信息、有关本人年龄、族裔和性别的人口统计信息和/或一张正面照片。本授权书不允许出于案例报告之目的披露此时未列出的其他任何受保护健康信息。不得披露本人的姓名。
2. 唯一有权出于案例报告之目的披露本人受保护健康信息的个人是 Penn Dental Medicine 提供者。
3. 唯一有权获得本授权书所列本人受保护健康信息的个人是：
  - a. 公认专业牙科认证机构的成员，和/或
  - b. 专业牙科会议的与会者（目的在于报告牙科案例研究），和/或
  - c. 专业牙科会议程序概要可分发给赞助牙科组织成员，和/或
  - d. 牙科新知识宣传期刊的订阅者
4. 本授权书仅供 PDM 的学生、住院医师和教员以及 PDFP 的临床护理提供者出于牙科案例报告和/或发表之目的披露上述本人的受保护健康信息。
5. 本人明白，本人有权随时撤销此授权书。Penn Dental Medicine 无法收回撤销前所做的任何披露。本人也明白，此类撤销必须采用书面形式，且《隐私条例说明》规定了此类撤销的限制。
6. Penn Dental Medicine 不得以本人签署此授权书作为治疗的条件。
7. 本人明白，接收者可能以不受联邦法律保护的方式进一步披露根据本授权书所披露的信息。

## 信息披露授权书

- 本人已阅读并理解每个段落，并自愿签名表示同意。如果采用电子签名：本人接受并认定以下签名具有法律约束力，且等同于本人之手写签名。
- 本人已阅读并理解每个段落，且本人不愿意签署此信息披露授权书。

患者签名：

日期：

见证人签名：

日期：

## 隐私条例说明确认书

Penn Dental Medicine 和 Penn Dental Faculty Practices 隐私条例说明旨在介绍我们如何使用和披露有关您的受保护医疗保健信息。除了我们向您提供的副本之外，您还可以访问我们的网站：<http://www.penndentalmedicine.org/hipaa-notice-of-privacy-practice/> 以及在整个 Penn Dental Medicine 和 Penn Dental Faculty Practice 中获得最新说明副本。

- 本人明白，一旦勾选此框，即表示本人已阅读并明白《隐私条例公告确认书》。如果采用电子签名，本人接受并认定以下签名具有法律约束力且等同于本人的手写签名。

患者签名：

日期：

见证人签名：

日期：

- 是，本人希望获得隐私条例说明的副本
- 否，本人拒绝接受隐私条例说明的副本