

QUALITY DENTAL CARE
Bogdan N. Bodroug DDS, PS

Информация о пациенте			
Фамилия		Имя	
Адрес (почтовый)		Город	Штат
Индекс			
Дата рождения		Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	
Домашний телефон		Дневной телефон	Электронный адрес
Работодатель		Адрес работодателя	Телефон работодателя
Контактное лицо (в случае необходимости при чрезвычайной ситуации)			
Фамилия		Имя	
Адрес контактного лица		Город	Штат
Индекс			
Кем этот человек вам приходится		Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Телефон контактного лица
Информация об ответственной стороне (если отличается от приведенной выше)			
Фамилия		Имя	
Адрес (почтовый)		Город	Штат
Индекс			
Дата рождения		Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	
Домашний телефон		Дневной телефон	

Информация о страховке	
Название страховой компании	

Номер полиса (ID number)	Номер группы(Group number)	Эффективно от (дата)
--------------------------	----------------------------	----------------------

Адрес страховой компании		Телефон страховой компании
Имя владельца полиса	Дата рождения	Кем приходится пациенту

Как вы узнали о нашей компании ?			
<input type="checkbox"/> Направление из другого офиса(укажите название)			
<input type="checkbox"/> Журнал Реклама	<input type="checkbox"/> Журнал Афиша	<input type="checkbox"/> Журнал Деловой	
<input type="checkbox"/> Пациент	<input type="checkbox"/> Друг	<input type="checkbox"/> Член семьи	<input type="checkbox"/> Вебсайт
<input type="checkbox"/> Другое:			

Разрешение, согласие и указание услуг

Подписываясь, я соглашаюсь на уход, который включает: оценку, диагностику, консультацию и лечение в стоматологическом плане. Я даю разрешение, чтобы страховка выплатила непосредственно Quality Dental Care, и понимаю, что я материально ответствен за все неоплаченные услуги. Я соглашаюсь на выдачу информации относительно лечения/консультации в стоматологическом плане для того, чтобы счета были оплачены и для действий здравоохранения. Это разрешение и указание - постоянны и останутся в моей карточке; они будут использоваться для будущих счетов.

Подпись: _____ Дата: _____

Кем приходится пациенту (если несовершеннолетний): _____