



어린이 치과 진료비 보조
별크빌링 대상인 환자의 진료 동의서

본인, 환자 본인 또는 환자의 법적보호자는 다음의 설명을 들었음을 확인합니다:

- 이미 받아왔거나 금일부터 받게될 어린이 치과 진료비 보조에 의한 진료에 관한 설명;
- 본 진료에 따른 예상되는 진료비에 관한 설명; 그리고
- 어린이 치과 진료비 보조에 의한 별크빌링 대상이기 때문에 허용된 무료 진료 혜택 한도 내일 경우 금번 치과 진료에 대한 본인 부담 비용이 없음에 관한 설명.

본인은 환자에게 허용된 무료 진료 혜택 한도 금액까지만 무료 치과 진료를 받을 수 있음을 이해합니다.

어린이 치과 진료비 보조는 기본 치과 치료에만 적용되며 특정 치과 진료에 대해서는 적용이 제한될 수 있음을 이해합니다. 어린이 치과 진료비 보조에 의해 지불되지 아니하는 진료비는 본인이 직접 지불해야 함을 이해합니다.

이번 진료를 받음으로 본인의 진료 혜택 한도 금액이 줄어들 것이며, 진료 혜택 한도가 초과 되는 경우 추가 금액에 대해서는 본인이 직접 지불해야 함을 이해합니다.

환자의 메디케어(Medicare) 번호

환자/법적 보호자 서명

환자의 성명

서명하는 사람의 서명
(환자가 서명하지 않는 경우)

날짜

이 양식은 서명한 시점의 해당 연도 12월 31일까지 유효합니다.



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, certify that I have been informed:

- of the treatment that has been or will be provided from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.

I understand that benefits for some services may have restrictions and that Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.

I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.

Patient's Medicare number

Patient / legal guardian signature

Patient's full name

Full name of person signing
(if not the patient)

Date

This form is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.