



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΗ-ΧΟΝΤΡΙΚΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ**

Εγώ, ο ασθενής /νόμιμος κηδεμόνας, βεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί για:

- τη θεραπεία που έχει παραχθεί ή θα παραχθεί αυτήν την ημέρα, σύμφωνα με το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης,
- το πιθανό κόστος αυτής της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου και κάθε κόστους από την τσέπη μου, και
- τους διακανονισμούς χρέωσης και πληρωμής για τις υπηρεσίες.

Κατανοώ ότι εγώ / ο ασθενής θα έχω πρόσβαση μόνο στις οδοντιατρικές παροχές έως το όριο των παροχών.

Κατανοώ ότι, ίσως υπάρξουν περιορισμοί στις παροχές ορισμένων υπηρεσιών και ότι το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης καλύπτει μια περιορισμένη σειρά υπηρεσιών. Κατανοώ ότι θα πρέπει εγώ προσωπικά να καλύψω το κόστος των υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης.

Εκτός από τα έξοδα που συζητήθηκε ότι θα πληρώσω εγώ, κατανοώ ότι το κόστος των υπηρεσιών θα μειώσει το διαθέσιμο όριο παροχών και θα χρειαστεί εγώ προσωπικά να καλύψω το κόστος των επιπρόσθετων υπηρεσιών όταν εξαντληθούν οι παροχές.

Αριθμός Medicare ασθενή

Υπογραφή γονέα/νόμιμου κηδεμόνα

Όνοματεπώνυμο ασθενή

Όνοματεπώνυμο του υπογράφοντος
(Εάν δεν είναι ο ασθενής)

Ημερομηνία

Το παρόν έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί κάθε ημέρα παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με το Πρόγραμμα Παροχών Παιδικής Οδοντιατρικής Περίθαλψης.



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
NON-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 on this day under the Child Dental Benefits Schedule;
- the likely cost of this treatment, including any out-of-pocket costs; and
- the billing and payment arrangements for the services.

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 the 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.

In addition to the out-of-pocket costs discussed, 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 must be completed on each day of service provision under the Child Dental Benefits Schedule.