



**ÇOCUK DIŞ YARDIMI PROGRAMI**  
**TOPLU FATURALAMALA (BULK BILLING) İÇİN HASTA ONAY**  
**FORMU**

Ben, hasta/yasal veli olarak;

- Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında bu tarihten itibaren tedavinin sağlandığını veya sağlanacağını,
- tedavinin muhtemel maliyeti konusunda ve
- Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamındaki hizmetlere dair tarafıma toplu faturalama yapılacağını ve yardım kapsamındaki kaynakların yeterliliğine tabi olarak cebimden bir harcama yapmayacağım konusunda bilgilendirildiğimi onaylıyorum.

***Ben/hasta, dış tedavisi yardımlarının yalnızca yardımın üst limitine kadar olan kısmına erişebileceğimi anlıyoruz.***

***Bazı hizmetlere ilişkin yardımlarda kısıtlamalar olabileceğini ve Çocuk Diş Yardımı Programı'nın sınırlı hizmetleri karşılayacağını anlıyorum. Çocuk Diş Yardımı Programı kapsamında karşılanmayan hizmetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

***Hizmetlerin maliyetinin, mevcut yardımın üst limitini düşüreceğini ve yardımın tükenmesinden sonra oluşabilecek ek servislere ilişkin maliyetlerin tarafımdan karşılanması gerekeceğini anlıyorum.***

\_\_\_\_\_  
Hasta Medicare numarası

\_\_\_\_\_  
Hasta/yasal veli imzası

\_\_\_\_\_  
Hastanın adı soyadı

\_\_\_\_\_  
İmzalayanın adı soyadı  
(hasta değilse)

\_\_\_\_\_  
Tarih

Bu form imzalandığı takvim yılının 31 Aralık tarihine kadar geçerlidir.



**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.