

補牙材料實情手冊

前言

加利福尼亞牙醫委員會在 2004 年 5 月 14 日更新了補牙材料實情手冊。商業和職業法典 1648.15 款的要求如下：

- 牙科醫生在進行任何牙齒修復程序之前必須向每一位新病人和所有建有病歷的病人提供這個更新的實情手冊。牙科醫生只需要向病人提供一次。
- 病人必須在收到實情手冊時簽署收條。這個收條必須存放在病人的牙科檔案中。
- 如果牙科委員會更新這個實情手冊，更新的實情手冊必須以同樣的方式提供給病人。
- 如果病人要求，牙科醫生必須提供這個實情手冊。

如果在手術，牙髓炎與牙周炎處理以及牙齒校正程序中沒有使用補牙材料，則上述要求不適用。

牙科醫生有責任復印實情手冊用于分發。

“病人豁免表”建議用語：

“根據法律要求，我收到了一份補牙材料實情手冊”

在表的下方應提供一欄用于簽名和填寫日期。或者，使用用詞恰當的印章，蓋在病歷上，要求病人簽名和填寫日期。

這個實情手冊也可以在加利福尼亞牙醫委員會的網頁上下載，網址是：

<http://www.dbc.ca.gov> 在“News and Information”的標題之下。

補牙材料實情手冊

補牙材料的安全性如何？

病人的健康和補牙材料的安全是加利福尼亞牙科醫務人員和加利福尼亞牙醫委員會的基本目標。這個實情手冊的目的是向您提供關於牙齒修復材料的資訊，包括使用這些材料的益處和風險。法律要求加利福尼亞牙醫委員會將這個補牙材料實情手冊提供給加利福尼亞每一位擁有執照的牙科醫生*。你的牙科醫生在進行任何牙齒修復程序之前應該向每一位新病人和所有建有病歷的病人提供這個實情手冊(只需要提供一次)。作為病人，父母，或看護人，你應該和你的牙科醫生討論牙齒修復所用材料的性能。

* 商業和職業法典 1648.10 – 1648.20

補牙材料的過敏反應

和其他我們在日常生活中所接觸的物質一樣，補牙材料的組成物質可能產生副作用或使病人出現過敏反應。各種補牙材料使病人出現過敏反應的風險非常低。過敏反應可能是補牙材料中的特定組成物質而引起，如水銀，鎳，和鈹合金。通常過敏反應由皮疹而顯現，如果不再接觸引起過敏反應的物質，過敏反應會消失。

現在還沒有案例表明病人對合成樹脂，玻璃，樹脂，或陶瓷有過敏反應。但是，有報導顯示，在罕見的情況下，病人可能對補牙用水銀化合物，熔于金屬上的陶瓷，黃金合金，以及鎳鉻合金會產生過敏反應。

如果你有過敏狀況，你應在補牙材料選定之前和你的牙科醫生討論這些可能出現的問題。

補牙材料的毒性

補牙用水銀化合物

在加利福尼亞 65 號動議關於對生育有毒化學物質的清單上有基本元素狀態下的水銀這種物質。水銀可能會對兒童或胎兒的大腦發育產生有害影響。補牙用水銀化合物是基本元素狀態下的水銀 (43-54%) 和合金粉末 (46-57%) 混合而成，合金粉末的主要成份是銀，錫，和銅。關於補牙用水銀化合物中水銀風險的討論由此而引起。這是一種揮發的微量水銀。人們對其可能毒性提出了關切。對補牙用水銀化合物安全性的科學研究一直在進行之中。根據疾病控制與防治中心得研究，幾乎沒有證據顯示絕大多數人的健康因為水銀化合物而受到了損害。

食品與藥物管理局和其他公共衛生機構對用于補牙材料的水銀化合物進行了研究。他們的結論是：除了極少數的過敏反應外，沒有科學證據顯示水銀化合物會損害進行牙齒修復病人的健康。世界衛生組織也得出了類似的結論：“水銀化合物修復牙齒安全而省錢。”

關於水銀化合物這種補牙材料的安全性，意見分歧。有人就它對孕婦，兒童，和糖尿病人是否安全提出了疑問。但是，科學事實和經過同行審稿在科技期刊發表的研究文獻都說明健康的孕婦，兒童和沒有其他疾病的糖尿病人不會因為他們嘴中有水銀化合物補牙材料而增加健康風險。食品與藥物管理局對水銀化合物補牙材料的使用沒有設置限制。

合成樹脂

有些合成樹脂含有水晶硅石，這種物質列在在加利福尼亞 65 號動議致癌化學物質的清單上。

和你的牙科醫生詳細討牙齒修復事項總是以個好主意。

補牙材料：優點和缺點

補牙用水銀化合物

補牙用水銀化合物是一種自行變硬的銀-錫-銅合金粉末和液態水銀的混合物。它有時也因為其顏色而稱作銀色補牙材料。它通常用于填充材料和用于替換破損的牙齒。

優點

- 經久耐用
- 耐磨，緊固
- 相對便宜
- 通常只需看牙醫一次即可完成修補
- 自行密封，沒有或幾乎沒有收縮，具有防漏性
- 抵抗牙齒再腐爛的能力強，但早期效果不明顯
- 需要修補和更換的次數低

缺點

- 參見上述“填充材料的安全性如何？”一節
- 恢色，不是牙齒本色
- 腐蝕後會變黑，慢慢會使牙齒變色
- 需要去掉健康牙質
- 大的填充會是牙齒的剩餘部份變弱和斷裂
- 因為金屬傳熱傳冷的緣故，可能會有暫時性的冷熱過敏
- 與其他金屬接觸可能會產生短暫而微量的電流

合成樹脂填料

合成填料是玻璃粉末和塑料樹脂的混合物。有時被稱作白色，塑料，或牙色補牙材料。它用于填補，內鑲，外鑲，部分或整個牙冠，或用于修補斷牙。

優點

- 堅固耐久
- 牙齒本色
- 補牙一次完成
- 抗斷裂
- 牙齒能最大程度的保留
- 如果只和牙齒的釉質相粘合，滲漏的風險小
- 不腐蝕
- 用力咬嚼的情況下一般還算穩固，但視產品而定
- 有較明顯的抵抗牙齒再腐爛的能力
- 需要修補和更換的次數低或較低

缺點

- 參見上述“填充材料的安全性如何？”一節
- 會出現一定程度的牙齒過敏，與牙科醫生所採用的方法有關
- 比補牙用水銀化合物昂貴
- 材料變硬後會收縮並會導致牙齒進一步損壞和/或出現冷熱過敏

- 內鑲，外鑲，和牙冠需要多次才能完成
- 可能會比牙齒的釉質磨損得更快
- 如果和牙齒釉質的下面部分相粘合，可能會慢慢出現滲漏

玻璃離聚粘固粉

玻璃離聚粘固粉是一種自行變硬的玻璃與有機酸的混合物。它具有牙齒本色和不同的透明度。玻璃離聚物通常用于小孔填補，與金屬，陶瓷/金屬牙冠粘合和用于臨時修補。

優點

- 基本美觀
- 由於它能施放氟化物，能在一定程度上防止腐爛
- 只需要去掉少量牙質，因為它能與牙齒的釉質及釉質之下的牙質進行很好的粘合
- 導致過敏牙齒的可能性低
- 牙醫能一次完成修復

缺點

- 成本和合成樹脂材料相似(其成本高于水銀合金)
- 由於它不是成人咬合牙齒表面修復的推薦材料，其用途有限
- 一定時間之後，這種材料可能變得粗糙，增加牙周病的可能性
- 不耐磨，久而久之會斷裂和鬆動

樹脂離聚粘固粉

樹脂離聚粘固粉是一種玻璃和樹脂聚化物及有機酸的混合物。在牙醫診所所使用的一種藍光照射下就會變硬。它具有牙齒本色，但比玻璃離聚粘固粉更透明。通常用于小孔填補，與金屬，陶瓷/金屬牙冠粘合。

優點

- 很美觀
- 由於它能施放氟化物，能在一定程度上防止腐爛
- 只需要去掉少量牙質，因為它能與牙齒的釉質及釉質之下的牙質進行很好的粘合
- 適合于非咬合牙齒的表面
- 能用于牙齒的短期修復
- 比玻璃具有更好的穩固性，但不如合成樹脂材料
- 具有好的防漏性
- 導致過敏牙齒的可能性低
- 通常牙醫能一次完成修復

缺點

- 成本和合成樹脂材料相似(其成本高于水銀合金)
- 由於它不是成人咬合牙齒表面修復的推薦材料，其用途有限
- 和合成樹脂材料與水銀合金相比，磨損較快

陶瓷

陶瓷是一種和玻璃類似的材料，這種材料具有牙齒本色，用于內鑲，外鑲，牙冠，和牙橋。

優點

- 外鑲只需要去掉很少量的牙質。如用于牙冠，去掉的牙質要多一些，因為牙冠的強度取決于其大小
- 如果修補得當，抵抗牙齒再腐爛的能力強
- 抗表面磨損，但會使對面的牙齒產生一定程度的磨損
- 這種材料不會導致牙齒過敏

缺點

- 材料易碎，在用力咬嚼的情況下可能會折斷
- 不能用于白齒
- 比較昂貴，因為最少需要去牙醫診所和實驗室兩次才能完成修復

鎳或鈷-鉻合金

鎳或鈷-鉻合金是鎳和鉻的混合物。具深銀金屬色。用于牙冠，牙橋，和假牙框。

優點

- 如果修補得當，抵抗牙齒再腐爛的能力強
- 很耐久，在應力之下不裂痕
- 不腐蝕
- 只需要去掉少量牙質
- 不會滲漏，因為其形狀可做得非常精確

缺點

- 不是牙齒本色，合金是深銀金屬色
- 傳熱傳冷，可能導致牙齒過敏
- 昂貴，最少需要去牙醫診所和實驗室兩次才能完成修復
- 會使對面的牙齒磨損稍微多一些

熔化在金屬上的陶瓷

這種陶瓷是一種類似于玻璃的材料“塗釉”于金屬殼之上。具牙齒本色。用于牙冠，牙橋。

優點

- 如果修補得當，抵抗牙齒再腐爛的能力強
- 由於有金屬結構，很耐久
- 這種材料不會導致牙齒過敏
- 不會滲漏，因為其形狀可做得非常精確

缺點

- 和陶瓷相比，因其金屬結構需要去掉較多牙質
- 比較昂貴，因為最少需要去牙醫診所和實驗室兩次才能完成修復

黃金合金

黃金合金呈黃色，是金，銅和其它金屬的混合物。主要用于牙冠，牙橋，和假牙框。

優點

- 如果修補得當，抵抗牙齒再腐爛的能力強
- 很耐久，在應力之下不裂痕
- 只需要去掉少量牙質
- 耐磨，不會使對面的牙齒造成過度磨損
- 不會滲漏，因為其形狀可做得非常精確

缺點

- 不是牙齒本色，合金是黃色
- 傳熱傳冷，可能導致牙齒過敏
- 昂貴，最少需要去牙醫診所和實驗室兩次才能完成修復

关于如何联系患者的说明

患者姓名：_____ 出生日期：_____

我们的目标之一是保护您的隐私权；因此，除非我们得到您的准许，否则我们不会向任何人提供关于您或您的财务的信息。

	是	否
我们可以在工作时间联系您吗？		
我们可以当您在家时联系您吗？		
如果上述两项均为否，您是否有其他电话号码，例如能联系到您的手机号码？ 如果是，该号码是什么？		
我们可以在您的留言机/语音信箱留言吗（包括预约信息）？		
我们可以给您发传真吗？ 如果是，传真号是什么？		
我们可以给您发电子邮件吗？ 如果是，电子邮件地址是什么？		

我们将仅向以下各方提供您的信息：

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

患者/保证人签名

日期

备注：除非另外发出书面通知，否则本同意书有效。

备注：本文档的复印件或电子扫描件与原件具有同等效力



The discipline of learning. The art of caring.

拍摄患者照片授权

以下签名患者、法定监护人或保护人，同意健康科学西部大学 (Western University of Health Sciences) 牙科医学院 (College of Dental Medicine/简称 CDM) 可能因记录我的健康相关进展状况目的为我/患者拍照。我在下方的签名表示我理解：

- 照片可能存档，以记录我当前的护理和治疗，和/或记录上述治疗的进展状况。
- 与患者保密隐私权相同的法定条例适用于由中心拍摄的任何照片。
- 中心将保留这些照片的所有权，但我可以存取查看或获取这些照片。
- 这些图片将以保护我的隐私权的安全方式保存，并在法律规定的期限内保存。
- 在不使用识别个人身份信息的前提下，这些图片可用于教学、学术/科学演讲、专业项目组合和与广告或其他商业利益无关的目的，例如牙医学生在求职面试时提供的外科手术或牙科护理示例。
- 可能需要拍照的身体部分是：

日期

工整书写姓名

家长/法定代表/保护人签名

关系

日期

证人签名

工整书写证人姓名

备注：本文档的复印件或电子扫描件与原件具有同等效力



家长/监护人/保护人代理授权

本人签署此表，授权替代决策人可同意且参与在健康科学西部大学牙科医学院（简称 WesternU CDM）向我的未成年子女/受抚养成年人提供的牙科治疗服务和护理。

未成年子女/受抚养成年人姓名：_____

出生日期：_____ 年龄：_____

____ **护理/治疗直接授权。**我授权 WesternU CDM 在我缺席的情况下，向上述指定的未成年子女/受抚养成人提供急诊、紧急和其他牙科护理和治疗，包括在下方授权的、将代表我陪同该未成年子女/受抚养成年人就诊的家长/监护人代理。（请在不适用的选项上划一条横线）

- ☐ X 光
- ☐ 氟化物治疗
- ☐ 拔恒牙
- ☐ 洗牙
- ☐ 补牙

- ☐ 根管治疗
- ☐ 密封剂
- ☐ 拔乳牙
- ☐ 其他_____

____ **指定家长代理授权对未成年子女/受抚养成年人的护理/治疗。**我授权指定的家长/监护人代理提供知情同意，以便向未成年子女/受抚养成年人提供急诊、紧急和其他牙科治疗。

____ **确认家长/监护人/保护人代理身份。**我任命以下人员获取受保护健康信息、提供信息、提供牙科治疗的知情同意，或以其他方式接受未成年子女/受抚养成年人的监护权。

姓名/关系

地址

____ **授权持续时间。**本同意书有效期为一 (1) 年，从 20_____ 年_____ 月开始，到 20_____ 年_____ 结束。在此失效日期前，我可以随时向 WesternU CDM 发出书面通知撤销 本授权。

____ **信息披露。**为了确保家长/监护人/保护人代理可以获得做出知情同意决定所需的受保护健康信息，我授权西部大学牙科中心向上述家长/监护人代理提供仅与未成年子女/受抚养成年人相关的受保护健康信息。“受保护健康信息”是指根据《1996 年健康保险便利和隐私法案》(HIPPA) 定义的受保护和保密的所有与未成年子女/受抚养成年人有关的牙科记录，包括账户信息、预约和计划或提供的治疗。我也同意免除西部大学牙科中心和服务提供者因根据本授权披露受保护健康信息而产生的任何索赔责任。



THE COLLEGE OF
**Dental
Medicine**

The discipline of learning. The art of caring.

在签名前，我已经仔细阅读并考虑了本同意书。

家长或法定监护人签名：

签名（注明是家长、监护人还是保护人）

日期

证人签名

日期

家长/法定监护人/保护人联系信息

姓名：_____

邮寄地址：_____

家庭电话号码：_____ 手机号码：_____

工作电话号码：_____ 其他联系信息

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力

Authorization for Parent-Guardian Substitute

有限治疗知情同意书

一般信息：在本文档中，健康科学西部大学牙科医学院 (Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine) 被称为“WesternU CDM”。我选择接受 WesternU CDM 提供的紧急牙科治疗。紧急牙科治疗通常是临时治疗，旨在缓解有急性需要人士的一颗牙齿或一个部位的严重疼痛和/或感染。我理解，我今天将要接受的急诊护理由牙科学生、持照牙科教员和训练有素的工作人员组成的团队提供。我进一步确认，已向我和/或我的受抚养人提供了一份“**牙科材料情况说明**”。我理解，我可能就在牙科程序中使用的材料提问，例如汞合金、复合树脂、金属烤瓷和金合金，以及这些材料根据美国牙科协会指南的可接受性。另外，我确认我也收到了一份“**患者权利法案**”和“**隐私权通知**”。

治疗：我已经获悉，我今天接受的程序是为了减轻疼痛，并可能需要进行额外的根管治疗程序。我理解，此次治疗不会为我的牙齿完成根管治疗。我理解，如果这颗牙齿的根管治疗无限期地推迟或未完成，我将面临严重感染、相关牙齿开裂、严重疼痛或牙齿脱落的风险。

营业时间后急诊护理：WesternU CDM 的营业时间是星期一至星期五上午 9:00 至下午 4:30。如果在这些时间之后或在周末或节假日发生紧急情况或术后并发症，我应该拨打主诊所电话号码 (909)706-3910，会将我的电话转至代接电话服务台，以帮助我与我的牙医学生取得联系。如果我不停地出血或出现以任何方式损害呼吸的肿胀，或任何其他威胁生命的紧急情况，我将直接前往当地急诊室寻求治疗。

牙科记录：我理解，牙科记录、X 光、照片、模型和与我在此处治疗相关的任何其他诊断辅助工具都是 WesternU CDM 的财产。我确认，我有权检查这些记录和/或收到一份此类记录，或要求将这些记录发送给另一位医疗保健提供者。若要获取一份我的记录，我需要填写并签署一份**信息披露书**。WesternU CDM 可能就此项服务收取合理的行政费。在此授权 WesternU CDM 向我的保险公司提供我的牙科记录中的信息，以获得向我提供的治疗的费用偿付。

投诉：我理解，如果我的问题是学生医生或牙科教员无法解决的问题，我可以联系患者护理服务总监或场所管理员。

安全：我理解，出于安全原因，可能在整个 WesternU CDM 场所安装摄像头。

同意：我同意仅出于解决该牙科急诊的目的接受检查、X 光、诊断检测和治疗。我知道我可能需要其他程序和接受进一步治疗，且需要接受全面检查和拍摄射线照片，以便全面评估和诊断我的牙科需求。我进一步同意，所有记录均是 WesternU CDM 的财产，这些记录可能被用于教学目的或在科学出版物中发表，我无权获得任何经济补偿。

免责：我理解，我的牙科护理未得到明示或暗示保证。另外，我同意免除和豁免因学生医生、教员或 WesternU CDM 依据本文提供的治疗导致或与此相关的所有索赔、损失或损害责任。

我在下方的签名表示，我已阅读并理解上述信息，我愿意遵守上述要求，并且我是患者、患者的家长或监护人，有权提供同意，或者我已被患者正式授权作为患者的总代理签署上述协议并接受其条款

患者姓名_____ 日期_____

患者/家长或监护人签名 _____

家长/监护人姓名（如适用）_____

证人签名（教员或学生）_____

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力。

有限治疗同意书

修订日期：2017 年 5 月



日期: 20 年

此处所列的电话号码可因牙科目的以外的其他目的与您联系

编写日期: 2010 年 5 月; 修订日期: 2014 年 4 月; 2017 年 5 月; 2017 年 6 月

一般知情同意

一般信息：在本文档中，健康科学西部大学牙科医学院 (Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine) 的临床场所被称为“WesternU CDM 诊所”。我选择接受 WesternU CDM 诊所提供的综合牙科护理。*我理解，WesternU CDM 诊所可能无法满足我的治疗需要，并且 WesternU CDM 诊所可能不接受为我提供护理。*如果不接受为我提供护理，将向我提供一份本区域低收费牙科诊所名单。我还理解，牙科护理由牙科学生、持照牙科教员和训练有素的工作人员组成的团队提供。我进一步确认，已向我和/或我的受抚养人提供一份“牙科材料情况说明”。我理解，我可以就可能在牙科程序中使用的材料提问，例如汞合金、复合树脂、金属烤瓷和金合金，以及这些材料根据美国牙科协会指南的可接受性。另外，我确认我也收到了一份“患者权利法案”和“隐私权通知”。

治疗计划：我理解，我接受的*治疗计划*是对建议牙科治疗总费用的*估计数额*，在治疗过程中，此*治疗计划*可能因费用、材料或劳动力成本增加而更改和/或护理费用可能增加。另外，我确认随着治疗的进展，我的治疗计划可能更改，且我的治疗费用也可能随着新治疗计划更改。我还理解，诊所鼓励我就治疗计划推荐的程序向学生医生提问，我应当在同意该程序前提出这些问题。所有牙科程序均可能涉及风险或导致失败结果或并发症，不能保证会取得任何结果或治疗效果。作为患者、家长或监护人，我有权在任何提议的程序开始前同意或拒绝该程序。WesternU CDM 诊所也保留不进行患者要求的特定治疗的权利。我进一步理解，在治疗时应支付费用，我负责支付治疗的总费用。我理解，我的保险是我（即保单持有人）和保险公司之间的合同；因此，我负责支付我的保险不承保的所有护理费用。

营业时间后急诊护理：WesternU CDM 诊所临床场所的营业时间可能不同，但大多数场所的营业时间是星期一至星期五上午 9:00 至下午 4:30。如果在这些时间之后或在周末或节假日发生紧急情况或术后并发症，*我应该拨打该临床场所的主要诊所电话，会将我的电话转至代接电话服务台，以帮助我与我的牙医学生或值班牙医取得联系。*如果我不停地出血或出现以任何方式损害呼吸的肿胀，或任何威胁生命的紧急情况，我将直接前往当地急诊室寻求协助。

健康：如果我的健康状况发生任何变化、用药有变化或最近住院，我将通知我的牙医学生。如果我正在服用一种称为二膦酸盐的药物（例如 Fosamax®、Actonel®、Boniva®、Skelid®、Didronel®、Aredia®、Zometa® 和 Bonefos®），我将告知牙医学生，因为我可能有患颌骨骨坏死的风险，某些牙科治疗可能增加此类风险。

按时就诊：我理解我有按时就诊的责任，如果需要取消预约，须提前至少 48 小时通知。我还理解，如果我继续取消预约，或未提前足够的时间发出通知，我将不能继续在 WesternU CDM 诊所接受治疗。

治疗中断：WesternU CDM 诊所保留中断我的治疗的权利。如果我的治疗终止，将向我退回未提供的服务的任何贷方余额。

牙科记录：我理解，牙科记录、X 光、照片、模型和与我在该处治疗相关的任何其他诊断辅助工具都是 WesternU CDM 诊所的财产。我确认，我有权检查这些记录和/或收到一份此类记录，或要求将这些记录发送给另一位医疗保健提供者。若要获取一份我的记录，我需要填写并签署一份*信息披露书*。WesternU CDM 诊所可能就此项服务收取合理的行政费。在此授权 WesternU CDM 诊所向我的保险公司提供我的牙科记录中的信息，以获得向我提供的治疗的费用偿付。

投诉：我理解，如果我的问题是牙医学生或牙科教员无法解决的问题，我可以联系 WesternU CDM 诊所临床部门，与指定的患者护理协调员或场所管理员沟通。

安全：我理解，出于安全原因，可能在各个 WesternU CDM 诊所的临床场所安装摄像头。

同意：我同意为制定我的拟议 *治疗计划* 接受检查、X 光、模型、拍照、诊断检测。我进一步同意在治疗计划中诊断并指明的任何治疗程序。 我同意，所有记录均是健康科学西部大学牙科医学院的财产，这些记录可能被用于教学目的或在科学出版物中发表，我无权获得任何经济补偿。

免责： 我理解，我的牙科护理未得到明示或暗示保证。另外，我同意免除和豁免因牙医学生、牙科教员或 WesternU CDM 诊所依据本文提供的治疗导致或与此相关的所有索赔、损失或损害责任。

我在下方的签名表示，我已阅读并理解上述信息，我愿意遵守上述要求，并且我是患者、患者的家长或监护人，有权提供同意，或者我已被患者正式授权作为患者的总代理签署上述协议并接受其条款。

患者姓名 _____ 日期 _____

患者/家长或监护人签名 _____

家长/监护人姓名（如适用） _____

证人签名（教员或学生） _____

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力。

患者财务责任信息

付款政策

健康科学西部大学牙科医学院诊所 (Western University of Health Sciences College of Dental Medicine Clinics) 是按服务收费的牙科诊所。可通过以下一种方法使用现金、Visa、MasterCard 或 Discover Card 支付服务费用：

1. **在提供服务后付款** — 在完成服务后全额支付服务费用。
2. **预付费用** — 在开始批准的治疗计划程序或阶段前，定期付款。在支付了治疗或阶段的总费用后安排预约。
3. **分阶段治疗** — 某些治疗计划可分阶段完成，这样每个牙科护理阶段之间都有时间间隔。
4. **护理贷款** — 当患者需支付的金额超过 \$500.00 时，这种付款形式适用于批准的治疗计划。得到贷款批准后，**护理贷款**提供无息付款计划（6 或 12 个月）或低息付款计划（24、36 或 48 个月）。
5. 牙科中心会对退回的支票收取 \$20.00，并保留要求使用其他付款方式的权利，包括使用讨债机构索要到期应付的任何金额。

福利转让和受保护健康信息 (PHI) 披露：

1. **福利转让：**我在此将原本应支付给我的所有牙科和/或口腔外科福利（如有）直接转让给西部大学牙科中心，以偿付所提供的服务。我理解，无论是否通过保险支付，我对所有费用负有财务责任。
2. **PHI 披露：**我在此授权西部大学牙科医学院诊所因治疗、付款和运营目的，接收和/或披露关于我的受保护健康信息 (PHI)。我可以随时撤销此授权。我理解，除非以其他方式准许或应法律要求，否则仅能根据我的书面授权进行其他披露。将向我提供一份完整的健康科学西部大学牙科医学院诊所的“隐私权方法通知”(Notice of Privacy Practices)。

牙科保险和其他第三方承保：

西部大学牙科中心仅接受 Delta Dental PPO、MetLife PPO 和传统 Denti-Cal。

1. 享受 Delta Dental 或 MetLife 承保的患者应在每次门诊时支付共付费。
2. 我们不参加任何 HMO 计划。
3. 加入 Denti-Cal 的患者应出示其受益人身份卡 (BIC) 以验证资格。
4. 如果我们无法验证资格，则必须使用以上一种方法支付服务费。
5. Delta Dental、MetLife 或 Denti-Cal 不承保的任何程序均应由患者负责支付费用。

服务中断

如果牙科护理中断，并且：

1. 有贷方余额，将向相关人士退款，但要减去已接受的治疗的任何费用。
2. 如有护理余额，则应在中断牙科治疗之日支付到期的金额。

付款责任人声明和签名

作为付款责任人，我声明，我已阅读并理解我和/或在我的账户名下接受治疗的患者的债务和牙科服务的费用，必须根据西部大学牙科中心的政策和指南支付。**我理解，健康科学西部大学牙科医学院将合理估计护理费用和可能享受的福利，但不能保证这些估计数额是牙科护理的最终费用或实际第三方付款数额。**作为付款责任人，我负责支付由我和/或在我的账户名下承保的患者产生的所有费用。

工整书写姓名

日期

签名

本表的签名电子版与原件具有同等效力。

患者财务责任信息

2017 年 5 月

《隐私权方法通知》 收讫确认

日期：20____年_____

签署本表表示，我确认我已收到一份健康科学西部大学（简称 **WesternU**）的《隐私权方法通知》。我理解，《隐私权方法通知》提供 **WesternU** 可能如何使用和披露我的健康信息的信息。

患者姓名（工整书写）

患者签名

如果本表由患者的法定代表填写，请在下方空白处工整书写您的姓名，并签名：

法定代表（工整书写）

法定代表签名

关系

This Section to be Completed by WesternU:

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of WesternU's Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:

- ☐ Patient refused to sign
- ☐ Patient unable to sign
- ☐ Other _____

Employee Name (Print)

Employee Signature

Date

This form must be placed in the patient's medical record.

隐私权方法通知

健康保险便利和责任法案 (HIPAA)

本通知说明可能如何使用和披露有关您的医疗信息以及您可以如何存取这些信息。请仔细阅读本通知。

健康科学西部大学 (Western University of Health Sciences) 是健康科学西部大学保健专业学院及其教员的教学和实习场所。其中包括西部大学医疗中心 (Western University Medical Center)、西部糖尿病研究院 (Western Diabetes Institute)、健康科学西部大学眼护理研究院 (Eye Care Institute at WesternU)、健康科学西部大学牙科中心 (Dental Center at WesternU)、健康科学西部大学牙科关爱牙科中心 (We Care Dental WesternU)、学校牙科诊所 (School Based Dental Clinics)、西部大学足踝治疗中心 (Western University Foot & Ankle Center)、西部大学肢体保护中心 (Western University Limb Preservation Center)、西部大学药房 (Western University Pharmacy) 和西部大学旅行健康中心 (Western University Travel Health Center)。

在任何牙科医学院诊所 (College of Dental Medicine Clinics) 提供的所有患者护理均由牙科学生、牙科住院医师、牙科教员和其他医疗保健专业人员组成的团队提供。

本《隐私权方法通知》适用于在牙科医学院 (CDM) 诊所保存的您的医疗保健信息和记录。

谁必须遵守本通知？ 所有 CDM 诊所员工、提供护理的医疗保健提供者/教员和学生，以及经授权将信息输入您的医疗或健康记录的医疗保健工作人员。

- 部分负责付款和运营支持的 CDM 诊所员工。
- 与上述人员签约提供医疗保健服务的所有提供者。

上述所有人员均须遵守本通知的条款。另外，以上所有人员可以因本通知所述之治疗、付款或医疗保健运营目的互相分享医疗信息。

我们对您的医疗信息的承诺 每个 CDM 诊所均使用书面和电子记录形式记录您接受的护理和服务。在本通知中，我们将这些记录称为“医疗信息”。我们需要这些信息向您提供优质医疗保健和客户服务；评估福利和索赔；管理医疗保健承保；衡量业绩；以及履行法律和监管要求。我们理解，关于您和您的健康的医疗信息是私人信息。我们致力于保护您的医疗信息，并遵守关于保护您的医疗信息的所有州和联邦法律。本通知描述我们可能使用和披露关于您的医疗信息的方式。本通知亦描述我们在使用和披露医疗信息方面拥有的权利和承担的某些义务。法律要求我们：

- 确保可识别您的身份的医疗信息得到保密（但有一些例外情况）；
- 向您提供本通知，说明我们在关于您的医疗信息方面的法律职责和隐私权方法；
- 遵守当前有效的通知条款。

我们可能使用或披露您的医疗信息的方式 有时，我们可依法使用和披露您的医疗信息，而无需获得您的准许。我们会简要描述这些使用和披露情况，并提供一些示例。一些医疗信息（例如某些精神健康和药物与酒精滥用患者的信息以及艾滋病病毒 (HIV) 和基因检测）有更严格的使用和披露要求，在某些使用和披露之前需要获得您的准许。但仍有一些情况，我们可以不经您的准许便使用或披露这些类型的信息。不经您的准许使用或披露多少医疗信息将取决于信息使用或披露的预期用途。例如，当我们向您发送预约提醒通知时，将使用或披露非常有限的医疗信息。在其他时候，我们可能需要使用或披露更多的医疗信息，例如我们在提供医治服务时。

用于治疗，我们可能使用您的医疗信息以便向您提供治疗或服务。我们可能将您的医疗信息披露给医疗保健提供者、护士、治疗师、技术人员、实习生、医科学生、实习医生或其他参与照顾您（包括为您提供医疗建议）的医疗保健人员，或提供给口译员以便帮助您理解治疗。例如，医疗保健提供者可能使用您的病历中的信息，确定哪种药物、疗法或程序适合您。您的医疗保健提供者选择的治疗计划将记录在您的记录中，以便其他医疗保健专业人员可以协调您需要的不同护理，例如处方药、化验、转介等。我们也可能向我们设施以外可能参与您的持续医疗护理的人员披露您的医疗信息，例如专业护理设施、其他医疗保健提供者、病例管理员、运输公司、社区机构、家庭成员以及签约/附属药房。

用于获得医疗保健服务付款 我们可能使用和披露您的医疗信息，以便向您、保险公司或其他第三方付款人开具您接受的治疗和服务费用票据和收款。例如，我们可能需要向您的保健计划提供您接受的治疗信息，以便您的保健计划向我们付款。我们也可能告知您的保健计划关于建议治疗的信息，以便确定您的计划是否为该治疗或药物提供承保。我们也可能与其他政府计划（例如 **Medicare** 或 **Medi-Cal**）分享您的信息，以便协调您的福利和付款。我们可能使用或披露您的医疗信息，以便确定计划福利资格、收取保费、敦促支付您从医疗保健提供者接受的治疗和服务费用、确定计划的福利责任和协调福利。我们还可能向帮助我们收费的业务伙伴提供您的医疗信息，例如收费公司、索赔处理公司和处理我们医疗保健索赔的其他公司。我们将仅披露收取付款所需的最少信息量。

用于医疗保健运营 我们可能因某些医疗保健运营目的使用和披露关于您的医疗信息。例如，我们可能使用您的医疗信息评估我们提供的治疗和服务的质量、教育我们的医疗保健专业人员、并评估我们的员工护理您的表现。我们也可能综合许多患者的医疗信息，以便确定我们应当提供哪些额外服务或某些新治疗方法是否有效。亦可能因许可或认证目的使用或披露您的医疗信息。我们可能使用和披露关于您的健康信息，以便开展必要的保险相关活动。示例包括承保、保费评级、开展或安排医疗评估、法律和审计服务、欺诈和滥用探查、业务规划、管理和总体管理。

用于提醒通知 我们可能与您联系，提醒您有预约，或者您应该与 CDM 诊所安排预约。

用于健康相关的福利和服务 我们可能就我们提供的福利和服务与您联系。我们不会将您的信息出售或提供给外部机构，供他们向您推销他们的产品。

用于治疗替代方案 我们可能告知您或推荐可能对您有益的治疗方案或替代方案。

用于筹资 我们可能与您联系，提供通过 CDM 诊所相关的基金会为 CDM 诊所及其运营筹款的信息。我们只会使用人口统计信息，例如您的姓名、地址、电话号码以及在健康科学西部大学 CDM 诊所接受治疗或服务的日期。如果您不希望我们就筹款事宜与您联系，请写信至 Western University of Health Sciences, University Advancement, 359 E. Second St., Pomona, CA 91766。

当您在场时将信息提供给家人和其他人 有时，当我们讨论您的医疗信息时，家庭成员或参与您的护理的其他人会在场。如果您反对，请告诉我们，我们便不会讨论您的医疗信息，或者我们会要求该人士离开。

当您不在场时将信息提供给家人和其他人 有时，有必要披露您的同意或反对医疗决策的能力。在这些情况下，我们将运用我们的专业判断来确定披露您的医疗信息是否符合您的最佳利益。如果是，我们将会把披露限制在与该人士参与您的医疗保健直接相关的医疗信息范围内。例如，我们可能允许某人为您领取处方药。

用于研究：各种研究均可能涉及使用或披露您的医疗信息。如果获得机构审查委员会 (IRB) 批准，通常可因研究目的使用或披露您的医疗信息，无需获得您的许可。IRB 是根据联邦法律负责审查和批准人类受试者研究的委员会，旨在保护参与者的安全和福祉以及医疗信息的机密性。您的医疗信息可能对进一步研究工作和新知识开发有重要作用。例如，研究可能包括一项图表评估，比较接受不同类型治疗患者的效果。我们可能将关于您的医疗信息披露给准备开展研究项目的研究人员。有时，研究人员会联系患者，询问是否有兴趣参与某些研究。只有当您了解了有关研究的信息、有机会提问、并通过签署同意书表明参与意愿后，才能注册参加这些研究。

根据法律要求 我们会应联邦、州或当地法律的要求披露有关您的医疗信息。

因防止对健康或安全造成严重威胁的目的 如果存在对您或其他人的健康或安全的严重和迫切的威胁，我们可能会使用并披露您的医疗信息。只会向能帮助阻止或减少这种威胁的人披露信息。

用于灾难救援 我们可能向公共或私人灾难救援机构披露您的姓名、居住城市、年龄、性别和一般状况，以便协助灾难救援工作，并通知您的家人您所在的地点和状态（除非您当时提出反对意见）。

用于器官和组织捐赠 如果您是器官或组织捐赠者，我们可能会根据需要将您的医疗信息披露给处理器官采购或器官、眼睛或组织移植的组织或器官捐赠库，以便促进器官或组织捐赠和移植。

用于军事活动和国家安全 有时在相关军事当局认为有必要妥善执行军事任务时，我们可能会使用或向其披露武装人员的医疗信息。我们还可能在必要时因国家安全和情报活动或保护总统和其他政府官员和贵宾目的，向经授权联邦官员披露您的医疗信息。

用于工伤赔偿 我们可能会根据法律要求向工伤赔偿或类似计划披露有关您的医疗信息。例如，我们可能向索赔管理员、保险公司和其他负责评估您的工伤赔偿福利索赔的人员传达有关工伤或疾病的医疗信息。

用于公众健康信息披露 我们可能因公众健康目的使用或披露有关您的医疗信息。这些目的通常包括以下各项：

- 预防或控制疾病（例如癌症或结核病）、受伤或残障；
- 报告出生和死亡；
- 报告怀疑受虐待或忽视的儿童，或查明虐待、忽视或家庭暴力的疑似受害者；
- 报告药物反应或产品或医疗器械的问题；
- 通知可能已经接触疾病或有感染或传播疾病或病症风险的人；
- 遵守管理工作场所安全的联邦和州法律。

用于健康监督活动 作为医疗保健提供者，我们接受认证、许可、联邦和州机构的监督。这些机构可能对我们的运营和活动进行审核，在此过程中，他们可能会审查您的医疗信息。

用于诉讼和其他法律诉讼 在与诉讼或其他法律诉讼相关的事宜中，我们可能会披露有关您的医疗信息，以便对法院或行政命令作出回应，或对传唤、调查请求、逮捕令、传票或其他合法程序作出回应。我们可能会在接管和某些其他司法或行政诉讼过程中向法院、律师和法庭雇员披露您的医疗信息。我们也可能在法律允许的范围内，未经您的同意使用和披露您的医疗信息，进行抗辩。

用于执法 如果执法机关要求，并经法律授权或要求，我们可能披露医疗信息：

- 识别或确定嫌犯、逃犯、重要证人或失踪人员的位置；
- 关于疑似犯罪受害者的信息，前提是在某些有限的情况下，我们无法获得该人士的同意；
- 关于怀疑因犯罪行为造成的死亡；
- 关于在我们的一处设施的犯罪行为；以及
- 在医疗紧急情况下报告犯罪事件；犯罪或受害者的位置；或犯罪人的身份、描述或位置。

向验尸官和丧葬承办人提供信息 我们可能向验尸官或法医披露医疗信息，以便辨别死者身份或确定死亡原因。我们也可能根据需要向丧葬承办人披露有关患者的医疗信息，以便他们履行自身的职责。

囚犯 如果您是惩教机构的囚犯或受执法人员监护，我们可能因某些目的向惩教机构披露有关您的医疗信息，例如为了保护您或其他人的健康或安全。备注：根据要求我们为您提供此通知的联邦法律，囚犯无权与其他人一样控制自己的医疗信息。

对您的医疗信息的所有其他使用和披露均需要获得您的事先书面授权 针对本通知或适用于我们的法律未涵盖的其他信息使用和披露，仅在经过您的书面准许后才能进行。如果您允许我们使用或披露有关您的医疗信息，您可以随时以书面形式撤销该许可。请注意，撤销不适用于在我们收到您的撤销通知之前对您的医疗信息进行的任何经授权使用或披露。另外，如果您提供授权获取保险单，包括我们提供的医疗保健承保，在保险公司无法再质疑提供给您的保单或依据该保单提出的索赔之前，您不得撤销授权。

您对您的医疗信息拥有的权利 您的医疗信息是医疗中心的财产。但是，您对您的医疗信息（例如病历和收费记录）拥有以下权利。本节介绍您可以如何行使这些权利。

有权检查和复制（但有一些例外情况），您有权查看和获得用于做出关于您的护理决定或有关您的健康计划福利决定的医疗信息副本。如果您希望查看或收到一份此类记录副本，请写信至您接受护理的地址。如果您不知道提供给家庭成员或参与您的护理的其他人的信息的位置，请给我们写信至 The Dental center at Western University of Health Sciences, ATTN: Director of Patient Care Services, 795 E. Second St., Pomona, CA 91766-2007。我们可能收取复印、邮寄或与您的请求相关的其他用品的费用。如果我们没有您索要的记录，但我们知道谁有，我们会告诉您与谁联系索要所需的记录。在某些非常有限的情况下，我们可能拒绝您的检查和复制请求。如果您提出查看医疗信息的要求被拒，在大多数情况下，您可以要求审查该拒绝决定。CDM 诊所将选择另一位持照医疗保健专业人员审查您的请求和拒绝决定。进行审查的人不会是拒绝您的请求的人。我们将遵守审查的结果。

有权更正或更新信息 如果您觉得您的医疗信息不正确或重要信息缺失，您可以要求我们更正或添加到（修改）您的记录。请写信给我们，告诉我们您的要求，以及为什么应当进行更正或补充。请将您的请求提交至 The Dental Center at Western University of Health Sciences Director of Patient Care Services, 795 E. Second St., Pomona, CA 91766-2007。如果不是以书面形式提出或不包含支持请求的理由，我们可能会拒绝您的请求。另外，如果您要求我们修改以下信息，我们可能拒绝您的请求：

- 不是由我们创建；
- 不属于我们保管或为我们保管的医疗信息；
- 不属于您有权检查和复制的信息；或者
- 在记录中准确且完整。

我们将在您提出请求后 60 天内通知您我们的决定。如果我们同意您的请求，我们将对您的记录进行更正或补充。如果我们拒绝您的请求，您有权提交您认为在您的记录中不完整或不正确的任何项目或陈述的相关附录或您写的一份说明，不得超过 250 个字。如果您以书面形式明确表示您希望将附录作为您的病

历的一部分，我们会将其附加到您的记录中，并在我们披露您认为不完整或不正确的项目或陈述时包括您的附录。

有权获得披露解释 您有权获得一份我们对您的医疗信息的披露清单。解释或清单不包括某些披露，例如因治疗、付款和医疗保健运营作出的披露；2010年1月1日以前作出的披露；您书面授权我们作出的披露；向您披露的医疗信息；向代表您的人披露的信息。若索要披露清单或解释，您必须将请求以书面形式提交至 Western University of Health Sciences CDM Clinic, 795 E. Second St., Pomona, CA 91766-2007。您的请求必须说明覆盖的时间范围，该时间范围不得超过六年，亦不得包括 **2003年4月14日** 以前的日期。在任何12个月期限内，您有权免费获得一份披露解释。如果您在此之后在12个月以内请求任何额外的解释，我们可能会收取费用。

有权要求限制对您的医疗信息的使用和披露 您有权要求约束或限制我们因治疗、付款或医疗保健运营对您的医疗信息的使用或披露。但是，根据法律，我们不必一定要同意您的要求。因为我们坚定地认为，这些信息是我们正确管理患者护理所必需的信息，所以我们很少同意此类请求。如果我们同意，我们将遵守您的请求，除非需要这些信息为您提供紧急治疗。如要求限制，您必须将请求以书面形式提交至 The Dental Center at Western University of Health Sciences, ATTN: Director of Patient Care Services, 795 E. Second St., Pomona, CA 91766-2007。在您的请求中，您必须告诉我们 (1) 您想限制哪些信息；(2) 您是否要限制我们的使用、披露或使用和披露；以及 (3) 您希望限制对哪些人适用，例如向您的配偶披露。

有权选择我们向您发送医疗信息的方式： 您有权要求我们以某种方式或在某一地点与您沟通医疗事宜。例如，您可以要求我们仅在工作时间给您打电话，或在给您邮寄信件时使用邮政信箱。若要求保密通讯，您必须说明希望的联系方式和地点，并将您的请求以书面形式提交至 The Dental Center at Western University of Health Sciences, ATTN: Director of Patient Care Services, 795 E. Second St, Pomona, CA 91766-2007。若在合理合法的范围内，我们会同意您的要求。

有权获得一份本通知的纸质副本 您有权提出要求获得一份本通知的纸质副本。可通过三种方式之一提出此项要求：在中心的登记区索要一份通知；写信至 Western University of Health Sciences CDM Clinic, 795 E. Second St., Pomona, CA 91766-2007；或拨打电话号码 (909) 706-3900。您也可以在我们的网站 <http://www.WesternUPCC.com> 获得一份本《隐私权方法通知》的副本。

本通知的变更 只要变更符合州和联邦法律，我们可以随时更改本通知和我们的隐私权方法。任何修订的通知将适用于我们在更改时已经拥有的关于您的医疗信息，以及在变更生效后创建或收到的任何医疗信息。我们将把一份最新通知刊载在中心和我们的网站：<http://www.WesternUPCC.com>。通知的生效日期将显示在第一页右上角。

问题 如对本通知有任何疑问，请与健康科学西部大学患者保健服务主任联系，地址：795 E. Second St., Pomona, CA 91766-2007。民权办公室设立了免费“隐私专线”，允许公众就隐私条例提出问题。隐私专线的电话号码为 1-866-627-7748 或 1-415-437-8310。

申诉 如果您认为您的隐私权受到侵犯，您可以向以下任何部门提出申诉：

- 您可以写信至 The Dental Center at Western University of Health Sciences, ATTN:Director of Patient Care Services, 795 E. Second St, Pomona, CA 91766-2007；或拨打电话号码 (909) 469-8616。
- 您可以向健康与公众服务部部长提出书面申诉。有关如何提出申诉的说明，请参见民权办公室网站：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 您可以拨打电话号码 (415) 437-8310 或 (800) 368-1019，与设在旧金山的联邦民权办公室联系。

我们不会因您对我们的隐私权方法提出申诉而对您采取报复行动。

本患者权利文档纳入以下法规要求：
《联邦法规集》（CFR）第 45 卷第 164.520(a)(1) 款，以及
《联邦法规集》第 42 卷第 482.13 款（Medicare 参加条件）。

拍摄患者头部、面部、牙齿和口腔结构照片授权

以下签名患者、法定监护人或保护人同意健康科学西部大学（Western University of Health Sciences）牙科中心（简称“中心”）因记录头部、面部、牙齿和口腔结构之目的为我/患者拍照。我在下方的签名表示我理解：

- 照片可能存档，记录我当前的护理和治疗和/或上述治疗的进展状况。
- 与患者隐私权相同的法定条例适用于由中心拍摄的任何照片。
- 中心将保留这些照片的所有权，但我可以查看或获取这些照片。
- 这些图片将以保护我的隐私权的安全方式保存，并在法律规定的期限内保存。
- 在不使用可识别个人身份信息的前提下，这些图片可用于教学、学术/科学演讲、专业项目组合和与广告或其他商业利益无关的目的，例如牙医学生在求职面试时提供的牙科护理示例。
- 可能拍摄的我的身体部位是我的口腔内外和颌部。

日期/时间

患者/法定代表签名/保护人签名

工整书写患者姓名

关系（如果由患者以外的人士签名）

日期/时间

摄影师签名

工整书写摄影师姓名

拍摄的照片张数： _____

日期/时间

证人签名

工整书写证人姓名

患者姓名： _____ 医疗记录号码： _____

扫描员： _____ 日期/时间： _____

备注：本文档的复印件或电子扫描件与原件具有同等效力