

## Форма декларации пациента организация стоматологического обслуживания

### Oral Health Connections Patient Attestation Form

Дата	Номер клиента	Номер поставщика NPI	
Имя	Инициал среднего имени	Фамилия	Возраст
Адрес			
Город		Штат	Почтовый индекс
Телефон	Электронная почта		
<b>Клиент должен заполнить и подписать эту форму до того как Health Care Authority (HCA) оплатит соответствующие услуги.</b>			

Я, \_\_\_\_\_, заявляю, что мне поставлен диагноз, и что в настоящее время я прохожу курс лечения в связи с

(отметьте все, что относится к вам):

<input type="checkbox"/> Беременностью      Дата диагноза ____	<input type="checkbox"/> Диабетом      Дата диагноза ____
--	---

Я прохожу курс лечения в связи с диабетом или беременностью у:

1	Поставщики медицинских услуг	Название клиники	Телефон клиники
2	Поставщики медицинских услуг	Название клиники	Телефон клиники
3	Поставщики медицинских услуг	Название клиники	Телефон клиники
4	Поставщики медицинских услуг	Название клиники	Телефон клиники

**Дополнительных поставщиков и клиники можно указать на обороте.**

--	--	--

Имя и фамилия клиента (печатными буквами)

Подпись клиента

Дата

--	--	--

Поставщик услуг (печатными буквами)

Подпись поставщика услуг

Дата

Эта форма должна быть заполнена и подписана всеми сторонами на момент передачи. Эта же дата должна быть указана на вашем счете, выставляемом Управлению здравоохранения (HCA). Копия должна быть подшита к вашему досье клиента; по запросу Управления HCA вы должны предоставить ее для контроля выполнения всех требований WAC 182-535-1270.