

의치 승인 계약
Denture Agreement of Acceptance

승인 번호

승인 날짜	고객 ID	제공자 NPI 번호	고객 이름
승인 항목(들)/서비스(들)			
<p>전체 의치를 제공받기 위해서는 다음 정보를 기입해야 합니다(D5110/D5120). 고객은 보건 의료 당국(HCA)이 서비스에 대한 지불을 하기 전에 이 양식의 두 섹션 모두에 서명해야 합니다.</p>			
섹션 1: 왁스 트라이-인(Wax try-in)			
<p>왁스 트라이-인은 잇몸 색깔의 왁스에 의치를 끼워 이를 살펴보는 것입니다. 왁스 트라이-인의 목적은 교합, 치아의 색깔, 치아의 위치 및 의치의 전체 모양을 확인하기 위한 것입니다. 왁스 트라이-인은 치아의 외관에 대한 변화가 이루어질 수 있는 때 시행합니다. 이 트라이-인 동안에는 치아가 느슨하고 크게 느껴질 수 있습니다. 왁스 트라이-인이 승인되면 왁스 의치로부터 의치가 직접 완성됩니다.</p>			
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 치아의 색깔에 만족하십니까? 그렇지 않은 경우, 그 이유는 무엇입니까?			
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 치아의 위치와, 치아가 잘 맞는 데 만족하십니까? 그렇지 않은 경우, 그 이유는 무엇입니까?			
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 치아의 크기와 모양에 만족하십니까? 그렇지 않은 경우, 그 이유는 무엇입니까?			
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 핑크색 또는 잇몸 재료가 보이는 정도에 만족하십니까? 그렇지 않은 경우, 그 이유는 무엇입니까?			
<p>아래의 고객 또는 지정된 법적 대리인의 서명은 다음을 나타냅니다. 저는 제 향후 의치의 왁스 "트라이-인"을 확인하였고, 치아의 교합, 외관 및 색상을 승인하였습니다. 저는 이 양식에 승인함에 따라 공급자가 의치를 제작하고, 향후 변경이 어려울 수 있음에 동의하게 됨을 이해합니다.</p> <p>참고: 조정이 제공된 이후에도 상기 특징 중 그 어떤 부분이라도 만족하지 않은 경우, 반드시 지금 표시를 해야 합니다. 변경이 가능하지 않은 경우, 해당 사실이 저에게 설명되었으며, 저는 완성된 의치를 완전히 이해하고 승인합니다.</p>			
고객/보호자/지정된 법적 대리인 서명			날짜
섹션 2: 의치의 전달 및 장착			
<p>아래의 고객 또는 지정된 법적 대리인의 서명은 다음을 나타냅니다. 최종 의치가 전달되어 제 입에 시술되었습니다. 공급자는 제 필요에 맞도록 조정을 하였고, 저는 이를 승인합니다. 저는 이것이 저의 최종 의치임을 이해합니다.</p>			
고객/보호자/지정된 법적 대리인 서명			전달 날짜
<p>아래의 치과 의사/의치 기공사의 서명은 제공된 서비스가 치료의 표준을 충족하고 수용 가능한 제품 품질을 가지고 있음을 나타냅니다. 공급자는 의치에 대한 전체 수수료가 조정 및 조직 조정을 포함하여 3 개월의 수술 후 치료를 포함한다는 것을 이해합니다.</p>			
치과 의사/의치 기공사 서명 (전달 날짜에 서명)			날짜

이 양식은 전달 날짜에 작성을 완료하고, 모든 서명이 있어야 합니다. 이것은 기관이 귀하의 청구서에서 볼 것으로 예상하는 날짜입니다.

사본은 고객 파일에 보관해야 하며, WAC 182-535-1090의 모든 요구사항이 충족되었는지를 판단할 수 있도록 요청 시 보건 의료 당국에 제공해야 합니다.