

## 基本資料暨接受 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療確認書

### 一、兒童基本資料

兒童姓名： 性別：☐男☐女 出生年月日：

身份證字號：

### 二、照顧者基本資料

照顧者姓名： 性別：☐男☐女 出生年月日：

與孩童關係：

身份證字號：

通訊地址：

聯絡電話：

### 醫師之聲明

1. 我已經為病人完成治療前評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：  
☐治療的原因和方式  
☐治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。  
☐相關說明資料（親子衛教資訊），我已交付立同意書人。
3. 我已經給予立同意書人充足時間，詢問下列有關本次治療，並給予答覆：

### 立同意書人之聲明

1. 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
    - (1) 施行治療的原因和方式。
    - (2) 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
    - (3) 治療之健保支付項目。
  2. 我已獲得並且閱讀相關說明資料（親子衛教資訊）。
  3. 針對要接受的治療，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
  4. 本人六個月內未曾接受本計畫嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。
- 基於上述聲明，我同意接受本計畫嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。

牙醫師簽名：

立同意書人簽名：

與病人之關係：

中 華 民 國

年

月

日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。