

OFFICE POLICIES オフィスポリシー

当院をお選びいただきましてありがとうございます。当院では、皆様にご満足頂くべく、豊富な経験による質の高い治療を志しております。

INSURANCE INFORMATION 保険について

治療にあたりましては、ご加入の保険会社へは当院より保険支払い請求をだし、皆様が保険を最大限にご利用できるようにお手伝いいたします。保険請求に関しては、当院ではできるだけのことをいたしますが、保険会社からの支払いに関しては、当院では保証はできません。しかしながら、保険会社からの請求がある場合は、必要書類などはいつでもお出しいたします。

私(患者)は、保険金が保険会社より歯科医院へ直接支払われることを了承いたします。

ACKNOWLEDEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES 個人情報保護について

皆様の個人情報の保護は、当院にとって重要なことです。当院では、プライバシー保護法(HIPAA act)にのっとり管理しております。また、将来、法律が改正または、修正された場合には、皆様にご連絡いたします。

私(患者)は、この歯科医院の個人情報保護に関する書類を受け取りました/要不要をたずねられました。

RECORDS/X-RAYS RELEASE FORM 記録、レントゲン等の譲渡について

当院では、必要に応じて皆様の記録やレントゲンを保険会社や他の専門医に譲渡いたしておりますのでご了承ください。

私(患者)は、Drs. Address and Elfring's Officeが、私の治療記録やレントゲンを私または家族に渡すこと、また、必要に応じて他の歯科医や専門医に譲渡することを承認いたします。

DEMAND FORCE 通信方法について

当院では、電話以外のオプションとして、以下の事柄についてオンラインによる通信方法を提供しております。

- * オンラインでの予約の確認
- * テキストメッセージによる予約の確認
- * アンケート
- * オンラインによる他の患者さまの紹介

オンラインによる通信は、いつでも停止することができます。また、テキストメッセージには、通常の料金がかかります。

オンラインによる通信をお望みの方は、以下をご記入ください。

E-メールご希望の場合

テキストご希望の場合

E-mail Address メールアドレス

Cell phone # 携帯番号

お寄せいただいたご意見は、今後のより良い治療のために活用させていただきます。

APPOINTMENT POLICY 予約について

予約された時間は、皆様の治療のために確保されたものです。当院では事前に、電話、E-メール、またはテキストで予約時間の確認をいたしております。時には、緊急の事情がおありのことも機会しておりますが、通常、予約の変更は、休日を除いて48時間以上前をお願いいたします。

当日のキャンセルが2回以上になりますと、\$50のキャンセル料をお支払いいただくこともあります。

予約時間前においでくださるようお願い致します。

PAYMENYPOLICY お支払いについて

基本的には、保険精算後に請求書をお出ししております。現金、チェックまたはクレジットカード(Visa, Master, Discover)でお支払いください。

Signature サイン

Date 日付