

FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN

halaman 1 dari 1



I. Informasi Pasien

Status pernikahan ☐ Lajang ☐ Telah menikah Dokter Gigi Keluarga: _____ Dokter Keluarga: _____

Judul _____ Akhiran _____ Seks: ☐ M ☐ F Tanggal lahir _____ Usia: _____

Terakhir _____ Pertama _____ MI _____ Nama panggilan _____

Alamat _____

Kota _____ Negara _____ Ritsleting _____

Telepon rumah _____ Telepon Bisnis _____

Keamanan sosial # _____ Surat izin Mengemudi: _____

II. Informasi Ketenagakerjaan mation

Majikan pasien _____ Pekerjaan: _____

Alamat Majikan _____

Kota/Negara Bagian/Zip _____ Telepon _____

Nama Pihak Penanggung Jawab _____

Pihak Penanggung Jawab Pemberi Kerja _____ Pekerjaan: _____

Alamat Majikan _____

Kota/Negara Bagian/Zip _____

Telepon _____ SS # _____

AKU AKU AKU. Informasi asuransi

UTAMA:Jenis Asuransi : Medis ☒ Dental ☐ **SEKUNDER:**Jenis Asuransi : Medis ☒ Dental ☐

Pelanggan _____	Nama Pengangkut _____	Pelanggan _____	Nama Pengangkut _____
Grup # _____	Tgl _____	Grup # _____	Tgl _____
Perjanjian _____	SS Pelanggan # _____	Perjanjian _____	SS Pelanggan # _____
Rencana _____	Kebijakan # _____	Rencana _____	Kebijakan # _____

FORMULIR KUESIONER KESEHATAN

Halaman 1 dari 2



I. Informasi Umum

Nama: _____ Tanggal: _____

Alasan kunjungan kantor hari ini: _____

Kepada Pasien Kami: Meskipun ahli bedah mulut merawat area di dalam dan sekitar mulut Anda, mulut Anda adalah bagian dari seluruh tubuh Anda. Masalah kesehatan yang mungkin Anda miliki atau pengobatan yang Anda gunakan dapat memiliki hubungan yang penting dengan perawatan yang Anda terima. Terima kasih telah menjawab pertanyaan berikut. Jawaban Anda hanya untuk catatan kami dan akan dianggap rahasia.

Ya

TIDAK

Apakah kamu sehat?

Tinggi: _____

Berat: _____

Ya

TIDAK

Apakah ada perubahan dalam kesehatan umum Anda dalam setahun terakhir?

Ya

TIDAK

Apakah Anda dalam perawatan dokter?

Jika YA, untuk apa Anda dirawat?

Tanggal kunjungan terakhir: _____

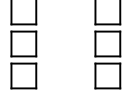
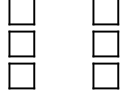
Ya

TIDAK

Apakah Anda pernah sakit, operasi, atau dirawat di rumah sakit dalam lima tahun terakhir?

Jika YA, sebutkan: _____

Apakah Anda pernah atau sedang mengalami...				Apakah Anda pernah atau sedang mengalami...			
	YA	TIDAK	CATATAN		YA	TIDAK	CATATAN
Anemia				Tekanan darah tinggi			
Masalah Anestesi(Sejarah keluarga)				Sejarah Penyalahgunaan Narkoba / Alkohol			
Radang sendi				Infeksi			
Asma				Detak jantung tidak teratur			
Tendensi Pendarahan				Penyakit kuning, Hepatitis, Penyakit Liver			
Transfusi darah				Masalah Ginjal			
Bronkitis, Batuk Kronis				Tekanan darah rendah			
Kanker				Gula darah rendah			
Alat pacu jantung				Hipertermia Maligna			
Kemoterapi atau Radiasi				Masalah kesehatan mental			
Lensa kontak				Prolaps Katup Mitral			
Penyakit menular				Apakah Anda sedang hamil/menyusui?			
Kejang				(perkiraan tanggal jatuh tempo)			
Keterlambatan Penyembuhan				Masalah dengan Sistem Imun			
Diabetes				Lutut Prostetik / Pinggul dll.			
Dialisis				Peralatan Gigi yang Dapat Dilepas			
Sulit bernafas				Demam Rematik			
Empisema				Penyakit kelamin			
Epilepsi				Perokok			
Penyakit mata				Luka di Mulut			
Mantra Pingsan				Sakit maag			
Masalah kandung empedu				Stroke			
Hay Demam / Masalah Sinus				Pergelangan Kaki Bengkak			
Serangan Jantung/Nyeri Dada				Masalah Tiroid			
Penyakit Jantung (Riwayat Keluarga)				Nyeri TMJ & Rahang Mengklik			
Murmur Jantung / Katup Buatan				TBC			
Operasi jantung				Tumor atau Pertumbuhan			



FORMULIR KUESIONER KESEHATAN

Halaman 2 dari 2



Nama: _____ Tanggal: _____

II. Informasi Alergi

	YA	TIDAK	CATATAN			YA	TIDAK	CATATAN
Anestesi Lokal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Kodein atau Narkotika lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penisilin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Obat Lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sodium Pentothal, Valium atau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(Harap Daftar)			
Obat penenang lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Alergi selain Alergi Obat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Alergi Lateks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Alergi makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AKU AKU AKU. Informasi Obat

	YA	TIDAK				YA	TIDAK	CATATAN
Kontrol kelahiran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antikoagulan (Pengencer Darah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Daftar semua obat-obatan, obat-obatan atau pil:

Catatan untuk Wanita: Antibiotik (seperti penisilin) dapat mengubah efektivitas pil KB. Konsultasikan dengan dokter Anda / ginekolog untuk bantuan mengenai metode tambahan pengendalian kelahiran.

☐ Ya ☐ TIDAK Apakah ada kondisi mengenai kesehatan Anda yang harus diberitahukan kepada Dokter?
Jika ya, tolong jelaskan:

☐ Ya ☐ TIDAK Apakah kunjungan ini terkait dengan kecelakaan? Jenis Kecelakaan: ☐ Mobil ☐ Terkait Pekerjaan ☐ Lainnya: _____
Tanggal Cedera: _____ Perusahaan Asuransi Menangani Klaim: _____
Nama Pengacara/Adjuster: _____ Telepon #: _____

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami pertanyaan di atas. Saya mengetahui bahwa pertanyaan saya, jika ada, tentang pertanyaan yang disebutkan di atas telah dijawab dengan memuaskan. Saya tidak akan meminta ahli bedah saya, atau anggota lain dari stafnya, bertanggung jawab atas kesalahan atau kelalaian yang telah saya buat dalam mengisi formulir ini.

Tanda Tangan Pasien (atau Wali Hukum).

Tanggal

PERSETUJUAN PENGGUNAAN & PENGUNGKAPAN INFO KESEHATAN.

halaman 1 dari 1



Bagian A: Pasien Memberikan Persetujuan

Nama:

Alamat:

Telepon:

Surel:

Nomor Pasien:

Nomor KTP:

Bagian B: Untuk Pasien - Harap Baca Pernyataan Berikut Dengan Seksama.

► **Tujuan Persetujuan:** Dengan menandatangani formulir ini, Anda menyetujui penggunaan dan pengungkapan informasi kesehatan Anda yang dilindungi oleh kami untuk melakukan perawatan, aktivitas pembayaran, dan operasi perawatan kesehatan.

► **Pemberitahuan Praktik Privasi:** Anda memiliki hak untuk membaca Pemberitahuan Praktik Privasi kami sebelum Anda memutuskan apakah akan menandatangani Persetujuan ini. Pemberitahuan kami memberikan deskripsi tentang perawatan kami, aktivitas pembayaran, dan operasi perawatan kesehatan, tentang penggunaan dan pengungkapan yang mungkin kami buat atas informasi kesehatan Anda yang dilindungi, dan hal-hal penting lainnya tentang informasi kesehatan Anda yang dilindungi. Salinan Pemberitahuan kami menyertai Persetujuan ini. Kami mendorong Anda untuk membacanya dengan cermat dan lengkap sebelum menandatangani Persetujuan ini.

Kami berhak untuk mengubah praktik privasi kami seperti yang dijelaskan dalam Pemberitahuan Praktik Privasi kami. Jika kami mengubah praktik privasi kami, kami akan menerbitkan Pemberitahuan Praktik Privasi yang direvisi, yang akan memuat perubahan tersebut. Perubahan tersebut mungkin berlaku untuk informasi kesehatan Anda yang dilindungi yang kami simpan.

Anda dapat memperoleh salinan Pemberitahuan Praktik Privasi kami, termasuk setiap revisi Pemberitahuan kami, kapan pun dengan menghubungi:

Kontak person: Paul T., Timothy J. dan Paul Casey Fallon
Telepon: (315) 451-6988 **Fax:** (315) 453-0150

Alamat: 4820 West Taft Road, Liverpool, NY 13088

► **Hak untuk Mencabut:** Anda akan memiliki hak untuk mencabut Persetujuan ini setiap saat dengan memberikan pemberitahuan tertulis kepada kami tentang pencabutan Anda yang disampaikan kepada Narahubung yang tercantum di atas. Harap mengerti bahwa pencabutan Persetujuan ini akan *bukan* mempengaruhi tindakan apa pun yang kami ambil sehubungan dengan Persetujuan ini sebelum kami menerima pencabutan Anda, dan bahwa kami dapat menolak untuk merawat Anda atau untuk terus merawat Anda jika Anda mencabut Persetujuan ini.

► **Biaya & Pembayaran:** Meskipun kami menerima pembayaran dari perusahaan asuransi Anda ke akun Anda, Anda bertanggung jawab atas akun Anda sepenuhnya. Saya sadar bahwa mereka menerima Master Card dan Visa. **KAMI ADALAH PENYEDIA YANG TIDAK BERPARTISIPASI UNTUK PERUSAHAAN ASURANSI APAPUN.** Saya juga menyadari bahwa saldo saya harus dilunasi dalam waktu tiga (3) bulan sejak hari perawatan. Saya menyadari bahwa dalam hal rekening saya lewat jatuh tempo dan diserahkan untuk penagihan, saya setuju untuk membayar biaya penagihan berdasarkan jumlah terutang saya. Tanda tangan di file ini adalah otorisasi saya untuk mengeluarkan informasi yang diperlukan untuk memproses klaim saya. Saya dengan ini mengesahkan pembayaran kepada dokter ini atas nama tunjangan yang dibayarkan kepada saya.

TANDA TANGAN PENJAMIN:

Tanggal:

► **Tanda tangan:** Saya, _____, memiliki kesempatan penuh untuk membaca dan mempertimbangkan isi formulir Persetujuan ini dan Pemberitahuan Praktik Privasi Anda. Saya memahami bahwa, dengan menandatangani formulir Persetujuan ini, saya memberikan persetujuan saya atas penggunaan dan pengungkapan informasi kesehatan saya yang dilindungi oleh Anda untuk melakukan perawatan, aktivitas pembayaran, dan operasi perawatan kesehatan.

Tanda tangan:

Tanggal:

Jika Persetujuan ini ditandatangani oleh perwakilan pribadi atas nama pasien, lengkapi yang berikut ini:

Nama Perwakilan Pribadi:

Hubungan dengan pasien:

ANDA BERHAK ATAS SALINAN PERSETUJUAN INI SETELAH ANDA MENANDATANGANNYA.

► **Pencabutan Persetujuan:** Saya mencabut Persetujuan saya atas penggunaan dan pengungkapan informasi kesehatan saya yang dilindungi oleh Anda untuk perawatan, aktivitas pembayaran, dan operasi perawatan kesehatan.

Saya memahami bahwa pencabutan Persetujuan saya akan *bukan* mempengaruhi tindakan apa pun yang Anda ambil dengan mengandalkan Persetujuan saya sebelum Anda menerima Pemberitahuan Pencabutan tertulis ini. Saya juga memahami bahwa Anda dapat menolak untuk merawat atau terus merawat saya setelah saya mencabut Persetujuan saya.

Saksi

Pasien, Orang Tua atau Wali

Tanggal

Saksi

Dokter

PERSETUJUAN ANESTESI & EKSTRAKSI GIGI

Halaman 1 dari 3



Nama pasien

Tanggal

Beri inisial pada setiap paragraf setelah membaca. Jika Anda memiliki pertanyaan, silakan tanyakan kepada dokter Anda SEBELUM menginisialisasi.

Pencabutan gigi adalah proses yang ireversibel dan, baik rutin atau sulit, merupakan prosedur pembedahan. Seperti dalam operasi apa pun, ada beberapa risiko. Mereka termasuk, tetapi tidak terbatas pada, berikut ini:

- _____ 1. Pembengkakan dan/atau memar dan rasa tidak nyaman di area operasi.
- _____ 2. Peregangan sudut mulut yang mengakibatkan pecah-pecah atau memar.
- _____ 3. Kemungkinan infeksi memerlukan pengobatan tambahan.
- _____ 4. Dry socket - nyeri rahang dimulai beberapa hari setelah operasi, biasanya membutuhkan perawatan tambahan. Ini lebih umum dari pencabutan yang lebih rendah, terutama gigi bungsu.
- _____ 5. Kemungkinan kerusakan pada gigi yang berdekatan, terutama yang memiliki tambalan atau tutup yang besar.
- _____ 6. Mati rasa, nyeri, atau sensasi yang berubah pada gigi, gusi, lidah bibir (termasuk kemungkinan hilangnya sensasi rasa) dan dagu, akibat kedekatan akar gigi (terutama gigi bungsu) dengan saraf yang dapat memar atau rusak. Hampir selalu sensasi kembali normal, tetapi dalam kasus yang jarang terjadi, kehilangan bisa permanen.
- _____ 7. Trismus - Pembukaan rahang terbatas karena peradangan atau pembengkakan, paling sering terjadi setelah pencabutan gigi bungsu. Kadang-kadang akibat dari ketidaknyamanan sendi rahang (TMJ), terutama ketika penyakit TMJ sudah ada.
- _____ 8. Pendarahan - pendarahan yang signifikan jarang terjadi, tetapi keluarnya cairan secara terus-menerus dapat terjadi selama beberapa jam.
- _____ 9. Bubungan tajam atau serpihan tulang dapat terbentuk kemudian di tepi soket. Ini biasanya membutuhkan operasi lain untuk menghaluskan atau mengangkat.
- _____ 10. Pencabutan fragmen gigi yang tidak sempurna - untuk menghindari cedera pada struktur vital seperti saraf atau sinus, kadang-kadang ujung akar yang kecil mungkin tertinggal di tempatnya.
- _____ 11. Keterlibatan sinus - akar gigi belakang atas seringkali dekat dengan sinus dan kadang-kadang sepotong akar dapat tergeser ke dalam sinus atau pembukaan dapat terjadi ke dalam mulut yang mungkin memerlukan perawatan tambahan.
- _____ 12. Patah rahang - meskipun cukup jarang, hal ini mungkin terjadi pada gigi yang sulit atau mengalami impaksi yang dalam.

PERSETUJUAN ANESTESI & EKSTRAKSI GIGI

Halaman 2 dari 3



Gigi yang akan dicabut: _____

Pengobatan alternatif: _____

ANESTESI:

ANESTESI LOKAL: (Novocaine, Lidocaine, dll.) diberikan untuk memblokir jalur nyeri di area lokal.

ANESTESI LOKAL DENGAN NITROUS OXIDE: Nitrous Oxide (atau Gas Tertawa) membantu mengurangi sensasi tidak nyaman dan menawarkan beberapa tingkat relaksasi.

SEDASI INTRAVENA LOKAL ATAU ANESTESI UMUM: mengubah kesadaran Anda terhadap prosedur dengan menghasilkan efek sedatif/amnesik, atau tidur.

Apapun teknik yang Anda pilih, pemberian obat apa pun melibatkan risiko tertentu. Ini termasuk:

1. Mual dan muntah.

2. Reaksi alergi atau tak terduga. Jika parah, reaksi alergi dapat menyebabkan masalah pernapasan (paru-paru) atau kardiovaskular (jantung) yang lebih serius yang mungkin memerlukan pengobatan.

Selain itu, mungkin ada:

1. Nyeri, bengkak, radang atau infeksi pada area penyuntikan.

2. Cedera pada saraf atau pembuluh darah di area tersebut.
3. Disorientasi, kebingungan, atau rasa kantuk berkepanjangan setelah operasi
4. Respon kardiovaskular atau pernapasan yang dapat menyebabkan serangan jantung, stroke, atau kematian.

Untungnya, komplikasi dan efek samping ini tidak umum terjadi. Anestesi yang dipantau dengan baik umumnya sangat aman, nyaman, dan dapat ditoleransi dengan baik. Jika Anda memiliki pertanyaan, TOLONG TANYAKAN.

Saya telah membaca dan memahami hal di atas dan memberikan persetujuan saya untuk:

- ... Anestesi lokal
- ... Anestesi Lokal dengan Nitrous Oxide/Analgesia Oksigen
- ... Anestesi Lokal dengan Sedasi Intra Vena
- ... Anestesi Umum

PERSETUJUAN ANESTESI & EKSTRAKSI GIGI

Halaman 3 dari 3



IZIN

Saya telah membaca dan memahami hal di atas dan memberikan persetujuan saya untuk operasi. Saya lebih lanjut menyatakan bahwa jika saya memiliki Sedasi IV atau Anestesi Umum, bahwa saya BELUM MEMILIKI PADAT ATAU CAIRAN MELALUI MULUT UNTUK ENAM (6) JAM SEBELUM OPERASI. UNTUK MELAKUKAN LAINNYA MUNGKIN MENGANCAM HIDUP! Saya setuju untuk tidak menyetir sendiri ke rumah dan meminta orang dewasa yang bertanggung jawab menemani saya sampai saya sembuh dari pengobatan. Saya telah memberikan riwayat medis yang lengkap dan jujur, termasuk semua pengobatan, penggunaan narkoba, kehamilan, dll. Saya menyatakan bahwa saya berbicara, membaca, dan menulis bahasa Inggris.

Tanda Tangan Pasien (atau Wali Hukum).

Tanggal

Tanda Tangan Dokter

Tanggal

Tanda tangan saksi

Tanggal

CATATAN PENGOBATAN / KEMAJUAN

halaman 1 dari 1



Nama :

[illegible]