

## BÁO CÁO KIỂM TRA VỀ NHA KHOA

(Điền đầy đủ vào tất cả các phần)

### PHẦN A - LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH NHÂN

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Giới tính: \_\_\_\_\_

Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_ Mã số: \_\_\_\_\_ Số hợp đồng: \_\_\_\_\_

Tên Chủ hợp đồng (nếu Bảo hiểm theo nhóm): \_\_\_\_\_

### PHẦN B - BỆNH NHÂN KHAI BÁO

1. Nếu dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị cần thiết là do hậu quả của tai nạn, vui lòng nêu rõ sự việc đã xảy ra:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Tai nạn xảy ra khi nào và ở đâu?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Có báo cáo hiện trường tai nạn cho cảnh sát không?

Nếu vậy, tai nạn có được ghi nhận không?

☐ Có

☐ Không

Tai nạn được ghi nhận khi nào và ở đâu?

\_\_\_\_\_

### PHẦN C - ỦY QUYỀN VÀ CAM KẾT

Tôi ủy quyền cho bất kỳ bệnh viện hoặc Nha sĩ hoặc cá nhân đã tham gia chăm sóc tôi, cung cấp cho Công ty (hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) và cho phép Công ty bảo hiểm nói trên ( hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) xem xét bất kỳ và tất cả những thông tin được yêu cầu đối với bất kỳ bệnh tật nào, hoặc tai nạn , bệnh sử về nha khoa, hội chẩn, toa thuốc hoặc điều trị và bản sao hồ sơ của bệnh viện hoặc Nha khoa và hồ sơ của bất kỳ cơ quan nhà nước nào có liên quan đến tai nạn hoặc bệnh đã đề cập ở trên. Tôi đồng ý rằng bản sao chụp của giấy ủy quyền này có giá trị và hiệu lực như bản gốc.

Với sự hiểu biết và tin tưởng tôi cam kết những lời khai trên đây là đúng sự thật.

Tôi biết rằng nếu tôi không cung cấp đúng thông tin được yêu cầu thì Công ty sẽ không chấp nhận giải quyết cho đơn yêu cầu bồi thường của tôi.

\_\_\_\_\_  
Ngày (ngày/ tháng/ năm)

\_\_\_\_\_  
Ký tên  
(Bệnh nhân; hoặc cha mẹ nếu chưa đủ tuổi)

PHẦN D - BÁO CÁO CỦA NHA SĨ ĐIỀU TRỊ

Ngày điều trị	Loại hình điều trị	Số răng được điều trị	Phí điều trị
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____

Vui lòng đánh dấu số răng được điều trị hoặc vùng miệng được điều trị trên biểu đồ sau:

PHẢI

\_\_\_\_\_

MÔI

\_\_\_\_\_

TRÁI

MÔI

\_\_\_\_\_

MÔI

\_\_\_\_\_

Tên nha sĩ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Nha sĩ

Ngày (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_

*\* Vui lòng đính kèm toàn bộ hóa đơn và tài liệu có liên quan*