

症例の転院

このフォームは現在クリアコレクト治療中の症例を他の医師に転院させる際にご使用ください。新規の担当医師には、転院が行われる前にクリアコレクト取扱医師として登録していただく必要があります。この署名済みフォームをアカウント担当者にメールで送信するか、jpsupport@clearcorrect.comのプロバイダーサービス担当者に連絡してください。

患者情報

症例番号 _____

患者氏名 _____

現在の担当医師

現在の担当医師氏名 _____

私は、上記の症例について取扱医師として現在登録されている医師であることをここに認証します。私はこの症例を下記の医師に転院させることを希望します。私は、クリアコレクトからこの症例に関する守秘義務を伴う医療情報を受け取る権限を今後もたないことを理解しています。私は、この症例を転院させても、転院前に実施したあらゆるサービスに対する私の法的責任が免除されることはないことを理解しています。私はクリアコレクトの現在の価格設定、期間および条件に同意します。

現在の担当医師の署名 _____ 日付 _____

新規の担当医師

新規の担当医師氏名新 _____

規医院の名称 _____

新規医院の所在地 _____

市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

私はクリアコレクト取扱医師として現在登録されていることをここに認証します。私は上記症例の今後すべての治療に責任を負うことを希望します。転院後、今後のあらゆるフェーズは私が指定した医院に発送されることを私は理解しています。費用が発生した時期にかかわらず、私には今後本症例に関するあらゆる未払費用を支払う責任があることと、すでに購入されたフェーズ数を超えて治療が延長した場合、私は追加のステップまたはフェーズの支払いを請求される可能性があることを、私は理解しています。私はクリアコレクトの現在の価格設定、期間および条件に同意します。

新規の担当医師の署名 _____ 日付 _____