

Transferência de caso

Use o formulário abaixo para transferir um caso ativo ClearCorrect para outro dentista. O novo dentista deve ser registrado na ClearCorrect antes da transferência. Envie este formulário assinado por e-mail para o representante da sua região ou entre em contato com um representante de serviços do provedor em support@clearcorrect.com para obter assistência.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Número do caso

Nome do paciente

DENTISTA ATUAL

Nome do dentista atual

Eu atesto que sou o dentista atualmente registrado como responsável pelo caso especificado acima. Gostaria de transferir este caso para o dentista especificado abaixo. Entendo que não estarei mais autorizado a receber informações clínicas confidenciais da ClearCorrect sobre esse caso. Compreendo que ao transferir este caso, não estou isento da responsabilidade legal quanto aos serviços executados antes da transferência. Concordo com o preço, termos e condições atuais da ClearCorrect.

Assinatura do dentista atual

Data

NOVO DENTISTA

Nome do novo dentista

Nome do novo consultório

Endereço do novo consultório

Cidade

Estado

CEP

Atesto que estou atualmente registrado na ClearCorrect. Certifico que o paciente identificado acima deu todo o consentimento necessário sob os regulamentos aplicáveis para transferir estes registros para mim, incluindo, sem limitação, regulamentos de privacidade de dados, tais como HIPAA ou GDPR. Gostaria de assumir a responsabilidade por todo o tratamento restante do caso especificado acima. Entendo que, após a transferência, as fases futuras serão enviadas para o consultório que eu especificar. Entendo que serei responsável pelo pagamento de quaisquer custos pendentes para este caso, independentemente de quando os custos foram incorridos, e que posso ser cobrado para outras etapas ou fases se o tratamento se estender além do número de fases que já foram comprados. Concordo com o preço, termos e condições atuais da ClearCorrect.

Assinatura do novo dentista

Data