

AAOIC補充知情同意書

COVID-19期間的牙齒矯正治療

患者的名字：_____ 中間名：_____ 患者的姓氏：_____

感謝您一直以來對我們診所的信任。任何傳染性疾病（如感冒或流感）的傳播都一樣，您可能隨時隨地都暴露於COVID-19（也稱為“冠狀病毒”）。請放心，我們始終遵循州和聯邦法規，並一直堅持採用通用的個人防護和消毒規程，以限制我們辦公室中所有疾病的傳播。

儘管我們非常注意滅菌，消毒和使用個人防護服進行隔離，但是您仍然有可能在我們的辦公室中接觸到病菌，就像您在健身房，雜貨店或最喜歡的餐廳一樣。全國範圍內的保持“社交距離”減少了冠狀病毒的傳播。儘管我們在診所中已採取措施保持社交距離，但由於我們提供服務的性質，因此無法始終保持患者，牙齒矯正醫生，牙齒矯正醫護人員之間以及有時其他患者之間的社交距離。

*儘管接觸的可能性很小，但您是否接受風險並同意接受牙齒矯正治療？ 不同意 同意

父母/患者簽名：_____ 日期：_____