

Dental

公 / 告 / 特 / 區

牙醫師巡迴義診意外險規劃

敬愛的各位會員醫師，大家好：

本屆社服委員會與身障委員會為參與偏遠巡迴醫療及身障教養院醫療團的醫師與助理規劃了一份意外險（如后），讓他們在往返交通的途中，多一份安全的保障。近年來發生多起院所助理上下班發生車禍，造成院所極大負擔。為加強對會員醫師的服務公會也向保險公司爭取了保險對象與保險範圍的擴大。只要是本會的會員醫師、眷屬、診所助理，均適用本案。保險範圍不僅只有往返巡迴醫療的途中，一般日常生活中/上班途中也可適用。如各位會員醫師對此專案有興趣可與公會劉小姐，或承辦本次專案之保險顧問-施小姐聯絡。

蘇黎世產險 施伊菱0926-811511

101年度社團法人桃園縣牙醫師公會 牙醫師醫療團巡迴義診-意外險內容

意外險	100萬
意外傷害實支實付	2萬/次
意外住院醫療(日額)	1000元/日(最高90天含骨折未住院)
出院療養金	500元/日
加護病房(外加)	2000元/日
燒燙傷病房(外加)	3000元/日
出院慰問金	2000元/次
救護車運送保險金	2000元/次
保費	1300元/人/年

桃園縣牙醫師公會-社服委員會與身障委員會 101.06.01啟

與其在此凶險的投資市場擔心受怕，不如安心賺穩穩賺！

牙醫師公會會員還有 2% 折扣優惠喔！

繳費只需6年

以女性10歲 保額52000美元

年度	年齡	保費累計 (USD)	壽險保障 (USD)	保單價值 (USD)	每年增值 (USD)	增值%
1	10	10,004	-	4,807		
2	11	20,008	-	14,119		
3	12	30,012	-	24,698		
4	13	40,016	-	36,602		
5	14	50,020	-	49,905		
6	15	60,024	-	64,671	137,667	
7	16		68,577	67,093	2,422	4.04%
8	17		71,153	69,610	2,517	4.19%
9	18		73,818	72,218	2,608	4.34%
10	19		76,585	74,926	2,708	4.51%
15	24		92,066	90,058	3,255	5.42%
20	29		110,675	108,247	3,911	6.52%
30	39		159,928	156,366	5,645	9.40%
40	49		231,101	225,775	8,136	13.55%
50	59		333,948	325,611	11,676	19.45%
60	69		482,570	467,868	16,509	27.50%
70	79		697,337	663,030	21,783	36.29%
80	89		1,007,684	857,996	10,166	16.94%
90	99		1,007,684	935,985	5,872	9.78%
100	109		1,007,684			

6年安心獲利，
不用擔心經濟動盪
投資虧損

快速持續
增值到10
萬美金

資產傳承效
益已達100
萬美金



中國人壽 專案行銷經理
張麗敏 0980-420-488

專業、實在、誠懇的財富
管理團隊
加上穩健可靠、透明公開
的中國人壽
帶給您的不只是商品銷
售，更是風險規劃、投資
理財、稅務信託、資產傳
承的完整服務。



中國人壽 區經理
吳信恆 0956-353-542

生活新訊息~提供給大家知曉

親愛的會員醫師·大家好：

保險界大事 - 七月份漲價的消息，很多人都知道囉～

說明一下：那是因為【第五回生命表】的實施

第五回生命表：計算保費的生命餘命延長了，所以會影響的如下：

- 1．定期險：降價（因為可能到期時都還沒身故）
- 2．純終身壽險：降（因為領到身故金的年齡延後了）
- 3．儲蓄險（有逐年領回或沒領回但解約金增值很快的）：漲
（活的越久，領的越多啊）
- 4．看護險（漲）：活的越久，越有機會領（老病意外引起的機會更高）
- 5．醫療險：漲（尤其是終身醫療）：因為越老越會用到
- 6．癌症險：漲（尤其是終身癌險）
- 7．重大疾病或特定傷病：漲
- 8．意外險：影響不大

如果您現在因為房貸或有照顧子女的責任而要加強定期壽險，可於七月後規劃（業界現在已有二家左右有出新的第五回生命表的壽險保單）

如果想要幫自己規劃單身個人保單，那可以在主約（壽險部份）規劃最低將醫療及癌症等列入規劃，七月以後再增加壽險部份

若現在有考慮老年生活（在退休及看護部份），能在七月以前規劃會省保費（可省二十年）

保費說要漲～ 從來就有成真，

好多朋友都說，現在儲蓄利率很少，醫療保障又貴．．．

到六月底，有空就幫自己規劃一下吧！



醫師專案

倒數計時



提醒您!!

請把握保費調漲前及時規劃好~~~!

桃園縣牙醫師公會專業顧問 謝怡晴 0935-125366

佑太管理顧問公司 陳丞伯 0925-348968 曾為騏 0986-353805

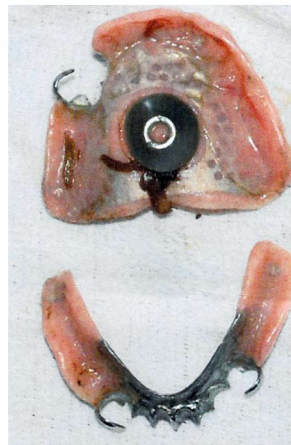
有關花蓮縣警察局鳳林分局,請求協辦乙事

鳳警偵字第1010005797號

主旨：本分局為偵辦刑事案件，亟需貴單位協助轉發各所屬牙醫診所牙醫師協尋，俾利偵辦，請 查照。

說明：一、本案相關資料為：女性、年齡不詳、曾製作上、下顎全齒齒模、假牙有鐵鈎、傳統假牙（如圖）、上顎真牙僅剩左邊犬齒及左邊第一前臼齒、下顎真牙剩兩側犬齒。

二、請各牙醫診所牙醫師協尋曾至貴所就醫患者中，是否有如上述符合之患者年籍資料，如有相符，請逕洽花蓮縣警察局鳳林分局偵查隊（警員陳俐均）、聯絡電話：(03)8762292。



有關新增支付標準表之病歷書寫參考範例乙事

北連牙審字第083號

主旨：檢轉全聯會來函有關新增支付標準表之病歷書寫參考範例乙事，請周知所屬會員說明段事項，請查照。

說明：依據全聯會1010318號請辦單辦理。

一、聯絡人：楊逸莉 (03)4383630

中華民國牙醫師公會全國聯合會請辦單

速別：

日期：101.3.30

文號：1010318

* 請交副本彙報主任

請辦單位：牙醫門診醫療服務六區審查分會

請辦事由：檢送新增支付標準表之病歷書寫參考範例，詳如說明段，敬請 查照。

說明：一、依據本會第11屆第5次牙醫門診醫療服務審查執行會醫審室會議決議辦理。

二、101年公告之支付標準表將於101.4.1施行，本會為提升會員了解及熟悉新增之支付標準，特針對口內切開排膿（92003C）、簡單性口內切開排膿（92071C）及複合體充填（89013C）等三項支付標準，撰寫病歷書寫參考範例，將刊載於下期牙醫界，敬請 貴會同時周知會員醫師，或於相關教育訓練及會議中宣導，感荷無既。

新增支付標準表之病歷書寫參考範例

101.3.14第11屆第5次牙醫門診醫療服務審查執行會醫審室

一、申報92003C

姓名：XXX

病歷號碼：XXXXX

日期	健保序號	治療部位	處置	醫令	醫師簽章	備註
101/05/01	000X	部位	CC : pain, 腫脹	92003Cx1	X X X	
			Dx : Cellulitis			
			Tx : 1. Local anesthesia(視實際需求)			
			2. Incision & Drainage			
			3. Debridment			
			4.local irrigation & medication			
			5. Drain tube placement & fixation			
			with suture			

二、申報92071C

姓名：XXX

病歷號碼：XXXXX

日期	健保序號	治療部位	處置	醫令	醫師簽章	備註
101/05/01	000X	牙位	CC : pain, 腫脹	92071Cx1	X X X	
			Dx : 牙周膿瘍(根尖膿瘍)Periodontal abscess or periapical abscess or apical abscess			
			Tx : 1. Local anesthesia(視實際需求)			
			2. Incision & Drainage			
			3. local irrigation & medication			

公告特區

三、申報89013C

1.Dx : root caries

2.Tx : compomer filling

3.病歷需註明補牙部位窩洞位置 (例如B.M.D.P)

4.當同時有crown caries & root caries，且非同一窩洞時，可以分開申報，但需於病歷上註明

例如：(1)當crown caries與root caries為同一面時

(#21 F crown caries & F root caries · #21 CRF + Compomer filling

(2)當crown caries與root caries非同一面時

(#21 F crown caries & P root caries · #21 CRF + Compomer filling.

(3)當crown caries 為多面caries，且有root caries時

(#21 MP crown caries & F root caries · #21 CRF + Compomer filling.

5.當crown caries & root caries為同一窩洞時，且無法同時填補兩種材料，則選擇一種材料填補申報。

牙科醫療機構設置標準

牙全文字第1135號

主旨：函轉行政院衛生署衛署醫字第1010260082C號函，有關醫療機構設置標準修正條文一份，如附件，請查照。

附表（五）

牙醫醫院設置標準表

設置標準 項目	牙醫醫院	備註	
一、 名稱	某某牙醫醫院		
二、 診療 科別	設下列專科之一科或數科。 1. 牙體復形科。 2. 牙髓病科。 3. 牙周病科。 4. 補綴牙科。 5. 齒顎矯正科。 6. 兒童牙科。 7. 口腔顎面外科。 8. 口腔病理科。 9. 膺復科。		
三、 人員	(一) 牙醫師	1. 各診療科均應有專科醫師資格之牙醫師一人以上。 2. 應有四人以上（專任醫師三人，其中二人需符合畢業後一般醫學訓練之教學醫師資格）。	
	(二) 護理人員	1. 門診：每診療室應有○、五人以上。 2. 有病房者，每四床應有一人以上。 3. 設下列部門者，其人員並依其規定計數： (1) 手術室：每手術台應有一人以上。 (2) 手術恢復室：每床應有一人以上。	1. 護理人員包括護理師及護士。 2. 門診護理人員應另接受牙科口腔醫療輔助作業相關訓練。 3. 床數指一般病床數。開業登記時，以實際開放使用病床數計算，惟使用病床數不得少於核准設立之病床數百分之二十，且總人數應有五人以上，並應於一年補實。
	(三) 藥劑人員	應有藥師一人以上。	藥劑人員包括藥師及藥劑生。
	(四) 醫事檢驗人員	設有醫事檢驗設備者，應有醫事檢驗師一人以上。	醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。

	(五) 醫 事 放 射 人 員	1. 應有一人以上。 2. 依法領有操作執照。	醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。
四、 醫 療 服 務 設 施	(一) 治 療 台 數	應有四台以上。	
	(二) 病 床 數	應設十床以上。	指一般病床數。
	(三) 病 房	1. 病房應符合下列規定： (1) 應設病室，且有空調設備。 (2) 應設護理站。 (3) 應設治療室。 (4) 設有浴廁設備者，應有扶手及緊急呼叫系統。 (5) 每一病房之病床數，不超過五十床。 (6) 應有輪椅、推床或擔架。 (7) 應有被褥、床單存放櫃及雜物之貯藏室。 (8) 應有污物、污衣室。 2. 病室應符合下列規定： (1) 應有浴廁設備，並有扶手及緊急呼叫系統。 (2) 每床最小面積（不含浴廁）應有七·五平方公尺。 (3) 單床病室，每床最小面積（不含浴廁）應有九·三平方公尺。 (4) 床尾與牆壁（床尾）間之距離至少一·二公尺。 (5) 床邊與鄰床之距離至少一公尺。 (6) 床邊與牆壁距離至少〇·八公尺。 (7) 床與床之間，應備有隔離視線之屏障物。但多人床之病室，每一病室至多設五床。 (8) 每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。 (9) 病床應有床欄並可調整高低。 (10) 應有可供自然採光之窗戶。 3. 護理站應具下列設施： (1) 準備室、工作台及治療車。 (2) 藥櫃及冰箱。 (3) 急救車、醫用氣體及抽吸設備。 (4) 洗手台。 4. 討論室及醫師值班室：每一〇〇床應各設一間，餘數滿五〇床以上者，以一〇〇床計。	每床最小面積（不含浴廁）計算方式為：病室面積減病室內浴廁面積後除以病室內床數。
	(四) 急 診 設 施	1. 應設置急診設施。 2. 設急診設施者，應具有下列急診設備： (1) 一般急救設備。 (2) 急診觀察床、推床、輪椅。 (3) 空調設備。 3. 設有明顯標誌。	所稱一般急救設備，包括： (1) 醫用氣備設備。 (2) 人工呼吸輔助器。 (3) 氣管切開包。 (4) 氣管插管。 (5) 抽吸設備。

	<p>4. 急診手術、檢驗、放射線檢查及藥局應為二十四小時作業。</p>	<p>(6) 導尿管。 (7) 小型手術器具。 (8) 含同步設備之心臟去顫器。 (9) 止血帶。 (10) 夾板。 (11) 常備急救藥品。</p>
(五) 手術室	<p>1. 急性一般病床一〇〇床以上者，應設手術室。 2. 設手術室者，應符合下列規定： (1) 手術室應為獨立之區域，並分清潔區及無菌區。 (2) 應設專用空調系統及除塵設備。 (3) 應設更衣室及刷手台。 (4) 應設手術病人家屬等候區。 (5) 污物處理設備。 3. 手術室應具下列設備： (1) 麻醉設備。 (2) 手術台：每一手術室設一台為限。 (3) 抽吸設備。 (4) 醫用氣體設備。 (5) 器械台。 (6) 醫療影像瀏覽設備。 (7) 无影燈及輔助燈。 (8) 手術包。 (9) 應具手術時之生命監視系統。 (10) 活動式紫外線消毒燈。 4. 應設手術恢復床，並具有急救設備。</p>	<p>1. 備有手術記錄單、手術室日誌及工作手冊。 2. 手術病人家屬等候區應提供手術相關動態資訊，並有手術詢問處。</p>
(六) 調劑設施	<p>1. 應設調劑設施。 2. 藥劑部門應具有調劑作業、用藥指導、候藥及藥庫作業處所。 3. 調劑作業處所應具下列設備： (1) 洗手設備。 (2) 維持合適的溫度、照明與空調設備。 (3) 冷藏藥品專用冰箱，且其內應設置溫度計。 (4) 列印藥袋資訊之相關設備。 4. 設置無菌調劑處所者： (1) 應設準備室放置隔離衣、手套、口罩等保護裝備，並設有腳踏式或自動感應水龍頭之刷手台。 (2) 調配癌症化學治療藥品者： A. 應具垂直式操作台之負壓調配室。 B. 調配室應設高效率過濾網（HEPA）過濾之通風設備、傳遞箱（pass box）及具有無隙縫易清潔之地板。</p>	
(七) 檢驗設備	<p>下列檢查設備，視需要設置： (1) 臨床生化檢查 (2) 臨床血液檢查。 (3) 臨床顯微鏡檢查。 (4) 臨床血清、免疫檢查。 (5) 臨床微生物檢查。 (6) 血庫基本設備。</p>	

	(八) 放射線 診斷 設備	1. 應具有下列設備： <ol style="list-style-type: none"> (1) 一般常規用放射線檢查設備。 (2) 影像處理及儲存設備。 (3) 更衣室。 2. 放射線之儀器設備應符合游離輻射防護法之規定。	
	(九) 供應 室	1. 應設供應室。 2. 供應室應明顯劃分已消毒區與未消毒區，並具有下列設備： <ol style="list-style-type: none"> (1) 清洗設備。 (2) 污物處理設備。 (3) 高壓蒸汽消毒器及其他消毒設備。 (4) 未消毒物品貯藏設備。 (5) 已消毒物品貯藏設備。 	
	(十) 牙 體 技 術 室	1. 視需要設置。 2. 牙體技術室應具下列設施： <ol style="list-style-type: none"> (1) 有明顯區隔之獨立作業場所。 (2) 明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機。 (3) 有通風設備、防塵及採光照明設備。 (4) 其他足以執行牙體技術業務之設備及保存執行業務紀錄之設施。 3. 總樓地板面積，不得小於二十平方公尺。	
	(十一) 醫 務 行 政	1. 應有專人管理病歷。 2. 一〇〇床以上者，應有專業人員負責病歷管理、社會服務及營養部門。	
五、 建 築 物 之 設 計 、 構 造 與 設 備	(一) 總 樓 地 板 面 積	平均每床應有四十平方公尺以上。	1. 以一般病床數計。 2. 不含醫院宿舍及車庫（停車場）。 3. 私立醫院變更負責醫師時，總樓地板面積平均每床面積得依原標準計算之。
	(二) 一 般 設 施	1. 應設推床專用電梯或斜坡道。但僅使用地面一樓之建築物，不在此限。 2. 病房病室不得設於地下室，並應有可供自然採光之窗戶。 3. 病房高度，地板至天花板之垂直距離至少二·四公尺。 4. 病房走道淨寬至少一·八公尺。 5. 主要走道台階處，應有推床或輪椅之專用斜坡道。 6. 浴廁、走道、公共電話等公共設施，應有對殘障或行動不便者之特殊設計。 7. 應有討論室、醫師值班室。 8. 病室門寬至少一百公分。 9. 病房應二十四小時供應熱水。	病房病室每床應有之最小面積，依醫療服務設施病房欄之標準規定。

(三) 空 調 設 備	下列單位應維持室溫攝氏二十至二十八度；相對濕度五十至八十百分比： (1) 手術室。 (2) 手術恢復室。	
(四) 安 全 設 施	1. 樓梯、平台及病房走道應設有扶手欄杆。 2. 樓梯及浴廁地板應有防滑措施。 3. 病房浴廁設有扶手，並設有緊急呼叫系統。 4. 各層樓至少設有二個不同方位之安全門，並有指示燈。	
(五) 緊 急 供 電 設 備	1. 應設有緊急供電設備。 2. 緊急供電範圍至少應包括： (1) 手術室。 (2) 急診室。 (3) 手術恢復床。 (4) 護理站。 (5) 實驗診斷設備。 (6) 血庫。 (7) 調劑作業處所。 (8) 醫療專用電梯。 (9) 發電機室、鍋爐間。 (10) 病人與護理站之呼叫系統。 (11) 火警警報系統。	
六、 其 他 設 施	1. 一〇〇床以上者，應設太平間。 2. 設太平間者，應具有屍體冷藏設備。	

附註：本表所定醫事人員員額，以病床數作為計算基準者，其實際病床數未滿所定某一額度病床之最高額時，仍應依各該額度配置所定人員。例如：規定每十張病床，應配置醫師一人者，其未滿十張病床時，仍應配置一人；其超過十張病床，未滿二十張病床時，應增置一人，其餘類推。

牙科麻醉暨手術同意書-中文版

○○醫院（診所）口腔手術局部麻醉同意書

*基本資料

病人姓名_____

病人出生日期_____年_____月_____日

病人病歷號碼_____

麻醉醫師姓名_____

一、擬實施之麻醉（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 醫師施行手術名稱：_____

 人工牙根植入術 單純齒切除術 複雜齒切除術 其它_____

2. 建議麻醉方式：_____

局部麻醉

二、醫師之聲明

1. 我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。

2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻醉之相關資訊，特別是下列事項：

 麻醉之步驟。 麻醉之風險。 麻醉後，可能出現之症狀。 如另有麻醉相關說明資料，我並已交付病人。

3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

麻醉醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

三、病人之聲明

1. 我了解為順利進行牙科手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。
2. 牙科醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
3. 我已了解附註之麻醉說明書。
4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人簽名：

住址：

日期： 年 月 日

關係：病患之

電話：

時間： 時 分

見證人：

日期： 年 月 日

簽名：

時間： 時 分

牙科手術同意書-英文版

Surgery Consent Form for _____ Hospitals (Clinics)

* Basic Information

Patient Name

Date of Birth of Patient Y M D

Patient Medical History No.

Head Surgical Physician

一. Surgery to be Executed:

1.Name of Condition:

2.Name of Suggested Surgery:

3.Reason for Suggested Surgery:

二. Physicians Statement

1.I have already exhausted all methods in explaining the information regarding this surgery to the patient, especially in the following areas.

- The reason for surgery; Surgical steps and range; the risk and success rate of surgery; probability of blood transfusion.
- Surgical complications and possible treatment methods.
- The consequences of not undergoing surgery, and other substitutive treatments.
- Whether or not there may be some temporary or permanent symptoms after the scheduled surgery
- If there are any other explanatory materials, I have already given them to the patient.

2.I have already given the patient sufficient time to make the following inquiries regarding problems of this surgery, and responded to them.

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

Head Surgeon: Date: (Y) (M) (D)

Time:

III. Patients Statement:

1. The physician has already explained to me, and I fully understand the need, steps, risk, and success rate of this surgery.
2. The physician has already explained to me, and I fully understand the risk of other treatment methods.
3. The physician has already explained to me, and I fully understand the possible post-surgery conditions, and risk of not undergoing surgery.
4. I fully understand that this surgery will involve a blood transaction, if necessary, and I agree do not agree to have a blood transfusion.
5. I was able to ask questions to the physician regarding my condition, the surgery, and treatment methods, and I have already received explanation.
6. I understand that if during the surgery, it is necessary to remove organs or tissue, the hospital may withhold them for a period of time for testing, and then carefully dispose of them afterwards.
7. I fully understand that this surgery is currently the most appropriate method, but that it is impossible to guarantee that this surgery will improve my condition.

Based on the above statement, I agree to undergo surgery.

Signature of the consenting party: Relation to the patient:

Address: Tel:

Date: Y M D Time:

Witness: Signature:

Address: Tel:

Date: Y M D Time:

Note:

1. General Surgery Risk

- A. The lungs may partially collapse and become useless, resulting in increased probability of infection of the chest. At this time, it may be necessary for antibiotics and breathing therapy.
 - B. There may be blood clotting in the legs, resulting in pain and swelling. The clotted blood may be dispersed into the lungs, and may be fatal. However, such conditions are very rare.
 - C. A heart attack or stroke may result from pressure on the heart.
 - D. The medical institutions and medical staff will conduct the surgical procedure to the best of their ability; however the surgery will not necessarily be a success. There is still a chance for accidents to occur, which could even result in death.
2. Consenting parties who are not the patients scheduled for this surgery, should fill in their relation to the patient in "Relation to Patient".
 3. If there is no witness available, this part may be admitted.

牙科麻醉同意書-英文版

○○ Hospital (Clinic) Anesthesia Consent Form

* Basic Information

Patient's Name _____

Patient's Date of Birth _____ (year) _____ (month) _____ (day)

Medical Record Number _____

Name of Anesthesiologist _____

I. Information on Anesthesia (explain in layman's term if the medical terms are not readily comprehensible)

1. Surgical procedure to be performed:

2. Type of anesthesia recommended:

II. Physician's Statement

1. I have completed pre-operative anesthesia assessment of the patient.

2. I have explained to the patient in a way the patient could understand regarding the anesthesia, in particular:

 The anesthetic procedure. Anesthesia-related risks. Possible symptoms after anesthesia. I have provided the patient with other written information on anesthesia.

3. I have given the patient sufficient time to ask the following questions regarding the anesthetic procedure to be undertaken in this surgery, and I have answered those questions:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Signature of anesthesiologist:

Date: ____/____/____

Time: ____:____

III. Patient's Statement

1. I understand that anesthesia is necessary for the surgical procedure I am about to receive in order to relieve pain and fear during the operation.
2. The anesthesiologist has explained to me the anesthetic procedure and associated risks.
3. I understand fully the Information on Anesthesia attached.
4. I have asked questions and addressed my concerns regarding the anesthesia to the doctor and have received adequate explanations.

I hereby give my consent to the use of anesthesia.

Authorized signature: _____
 Address: _____
 Date: ____/____/____

Relationship with patient: _____
 Tel No.: _____
 Time: _____:_____

 Witness: _____
 Date: ____/____/____

Signature: _____
 Time: _____:_____

Information on Anesthesia

1. Because of your medical condition, surgical intervention is necessary. When you undergo surgery, you need anesthesia to aid the surgical procedure, and help you deal with pain and fear and stabilize your physiological functions during the operation. For some patients who receive anesthesia, whether general or regional, there could be side effects and complications, namely:
 - (1) Patients with known or underlying cardiovascular diseases are more susceptible to acute myocardial infarction during operation or during recovery from anesthesia.
 - (2) Patients with known or underlying cardiovascular or cerebrovascular diseases are more susceptible to cerebral stroke during operation or during recovery from anesthesia.
 - (3) Patients undergoing emergency operation, not disclosing food intake before surgery, or with increased abdominal pressure (due to, for example, intestinal obstruction or pregnancy) might experience vomiting during anesthesia, which will cause aspiration pneumonia.
 - (4) In some special cases, anesthesia could induce malignant hyperthermia (this is a latent genetic disorder where predictive testing is not available at the present time).
 - (5) Unexpected drug allergy or adverse blood transfusion reactions could also happen during the operation.
 - (6) Local or regional anesthesia may cause temporary or permanent nerve damage.
 - (7) Other unexpected complications.
2. If the person who signs this consent form is other than the patient himself/herself, make sure to indicate relationship with the patient in the space "Relationship with patient."
3. Leave the witness part blank if there is no witness.

桃園縣牙醫師公會衛教文宣印製意見調查表

敬愛的會員醫師，您好：

有關本會今年度擬編印衛教文宣小單張乙案，經本會第廿一屆第一次醫事評鑑委員會會議決議 - 依本期季刊刊登之『口腔衛生保健系列』印製衛教小單張，共8種。

本會製作8種衛教小單張將OP於本會網站供會員醫師下載。為加強服務會員，本次本會提供會員團購服務，如您(院所)另有需要本會代訂之衛教小單張，煩請依需求勾選團購單，若需大量印製，亦可以“診所名”加印勾選，相關報價內容如下：

公司名	院所最低印量報價 (原樣製作)	公會
荃能事業有限公司 TEL:03-3332293 施小姐	150P 銅版 / 彩色印刷 / 包摺 / 1000 張 / 1500	150P 銅版 / 彩色印刷 / 包摺 / 10000 張 / 8000

101年度團購衛教小單張勾選表

姓名	診所名稱	聯絡電話		
衛教小單張名稱		欲購數量(張) 至少100張	單價(元)	總價
	植牙手術術後須知		0.8	
	認識根管治療及注意事項		0.8	
	拔牙及一般口腔手術術後須知		0.8	
	牙周治療須知		0.8	
	活動假牙須知		0.8	
	牙體復形須知		0.8	
	兒童牙科看診後注意事項		0.8	
	固定假牙介紹與認識		0.8	

如有需要印製之會員，煩請撥冗填寫勾選表，並請於7月10日前回傳

TEL：(03)4229451本會，俾利本會後續作業，謝謝您的配合。

為提昇醫療品質，減少醫療糾紛事件，事前的診療說明是必要的

~ 桃園縣牙醫師公會 醫事評鑑委員會愛的小叮嚀 ~

桃園縣牙醫師公會-福利委員會

牙醫師是個人人稱羨的行業，也是當今學子追求的目標。殊不知每位牙醫師在診所日夜辛勞付出的勞力與很多行業相比著實辛苦，因此開源節流，也是牙醫診所經營管理的重要課題。

開源與工作時間與轉變醫療模式息息相關，所謂診所轉型更需大手筆的採購先進的儀器，進而造成診所軍備競賽。節流相對而言就顯得容易多了。以往的經驗告訴我們，牙醫師淪為牙材商的搖錢樹，不是買到不合用的儀器就是價錢不合理。如果能夠結合所有會員醫師的力量，以牙醫師公會當作平台採取聯合採購方式，選購適用價錢又合理的器材，即可省下不必要的開銷。

舉凡牙科所需儀器：CT、Laser、TCI、PIEZO...等，將擇期舉辦專題演講，請分享醫師使用經驗，有需求的醫師可利用公會的平台，充份了解後集體採購，省下平日辛苦的血汗錢。

不論在牙科領域，甚至在食、衣、住、行各方面都可以公會的名義簽訂特約餐廳、飯店，要完成此一理想還需要大家集思廣益，最後懇請所有醫師提出所需。福利委員會將排除萬難、盡全力結合大家的力量一起分享。

公告特區

此次聯合採購牙材

公司	3M	台灣微創醫療器材股份有限公司	TERUMO	祐安
品名	樹脂Z350 XT Flow Z350 XT 纖維釘	B-TCP骨粉(1g)	TERUPLUG (M size)	矯正鉗
電話	0932282784 徐小姐			
數量	以10支為單位	以3瓶為單位	以5顆為單位	視訂購數量議價
截止日	7月10日			