

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業服務計畫

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

本人_____（姓名）於____年____月____日____時起
至____時止，合計____小時 於_____（地點）執行

(一) 一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔

(二) 口腔衛生推廣服務

A. 正確刷牙及牙線指導

B. 含氟漱口水指導

C. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查

D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動

E. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

服務醫師：_____ 簽名

負責醫師：_____ 簽名

醫事機構名稱：_____

印

註：

1. 負責醫師執行此項服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
2. 支援醫師支援該醫療院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
3. 此申請表應於執行前，以傳真或書面函向牙醫全聯會及保險人分區業務組申請核准。
4. 保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。