民营医疗机构口腔种植专项治理相关事项确认书

1.医疗机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖章）。

2.经营地址：\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_区（县）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

3.医疗机构类别：□医保定点民营医疗机构；

□非医保定点民营医疗机构。

4.是否提供口腔种植服务：□是；□否。（如选否则终止作答）

5.现有口腔种植服务相关医师人数：\_\_\_\_\_\_\_\_；护士人数：\_\_\_\_\_\_\_\_；开展口腔种植的牙椅数：\_\_\_\_\_\_\_\_。

6.是否主动响应和践行医疗保障部门提出的口腔种植医疗服务价格全流程目标调控：□是；□否。 （如选是，则跳过问题7）

7.不响应口腔种植医疗服务价格全流程目标调控的考虑是：

□本医疗机构将于2023年1月起终止运营或终止口腔种植业务；

□按照目标调控的水平，本医疗机构盈利水平将受限；

□按照目标调控的水平，本医疗机构口腔种植业务的经营状况将从盈利变为亏损；

□按照目标调控的水平，本医疗机构将无法支付获客费用或无法吸引医务人员多点执业；

□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

8.是否主动参加种植牙耗材集中带量采购：□是；□否。 （如选是，则跳过问题9）

9.如不愿意参与种植牙耗材集中带量采购，主要原因是：

□本医疗机构将于2023年1月起终止运营或终止口腔种植业务；

□参与集采，本医疗机构口腔种植体的价格透明后，盈利水平将受限；

□参与集采，本医疗机构口腔种植体的价格透明后，将无法支付获客费用或无法吸引医务人员多点执业；

□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

填报人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_