

隐 形 矫 治 结 束 同 意 书

尊敬的医生:

您好! 通过与您的沟通, 现一致同意结束_____ (备注: 填写患者编号姓名) 的隐形矫治疗程。

确认矫治完成请您提交以下资料:

1、矫治后照片:

面像照: 正面、正面微笑、侧面

口内照: 正位、左侧位、右侧位、上牙列、下牙列

2、矫治完成后的 X 光片:

全景片、头颅侧位片

友情提示:

- 1、无托槽隐形矫治结束后, 我公司无偿提供两副压膜式后保持器。
- 2、结束后若要求我公司额外追加压膜保持器需另行收费。针对矫治结束后可能出现的复发, 我公司不提供无偿调整服务, 若要求继续矫治, 需另行支付设计及制作费用。

签字即代表您已阅读并充分理解上述内容, 同意矫治疗程结束。

医院 (诊所): _____

主诊医生: _____

日期: _____