

# 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：填写患者编号及姓名）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：

患 者 姓 名：

日 期：