



姓名
生日
住址
電話
學校
父親
緊急

*必須告訴醫生的身心狀況(如過敏、開刀、疾病、感染或長期服用之藥物……等)

*希望改善的部位及情況(請具體填寫)

上排牙齒整齊

*個人自評：我是 ☐ 很認真 ☐ 普通 ☐ 很不認真 的病人。對治療的期望 100 分 (滿分 100 分)

- ☒ 能體會矯正治療有其極限，若病情嚴重，有可能只能改善，無法完全根治。更有可能為了達成咬合的功能，越做越醜[咬合與美觀衝突]。或是遇到牙齒無法移動等種種狀況，必須中途變更治療計畫(例如從不拔牙到拔牙，或不開刀變成開刀)之情形。建議有特殊需求的患者開刀或醫美處理。患者本人也理解，持續觀察或不接受任何治療(no treatment)也是醫療選項。此外，若醫病有任何一方因故未能繼續療程的話，雙方都有權利提出中止治療。
- ☒ 能了解治療時間因人而異，取決於病人的病情輕重、體質及合作程度等。因為是長期治療，如果治療期間有任何身心方面的變化，應該有主動告知醫師的義務。
- ☒ 由於本院為教學醫院，屬團隊醫療，具有教學的責任及義務，且您的病例資料將會用於學術研究與發表，建議審慎評估。

矯正治療計畫及治療同意書

1. 4/4 ext.

2. 必要時，加 ortho implant

3. DBS

MPA:

SNA:

SNB:

ANB:

U1 to FH:

L1 to Md:

Anchorage design:



矯正治療費用：_____萬元(不包含假牙、植牙等其他費用)

◎請注意：依醫院規定，每次就診仍須繳納[自費掛號費]，此不包含在治療費用內。

★ **矯正治療並非整型**，且為不可逆之醫療，所造成的顏面部及口腔咬合等軟硬組織變化無法精確控制及預測，醫師已經告知所有可能之副作用、併發症、治療極限、時間及風險等，但不在此限。本人同意配合治療時所有醫囑及裝置之使用，理解並確認上述資料正確無誤，接受矯正治療。

患者本人或家屬簽名：_____