

(附件一)

假牙黏合同意書

姓名：_____

生日_____年_____月_____日 日期：_____年_____月_____日

1. (以下簡稱本人)之固定假牙(部位——+——)，因支台齒斷裂、齲齒、牙周病(搖動程度 I II III)、根柱脫落、其他原因，及該假牙、瓷粉破裂、缺損、形變，致該假牙未能固持於原支台齒上而鬆脫，要求牙醫診所(以下簡稱甲方)重新黏合。
2. 甲方及_____醫師(以下簡稱乙方)，已充分告知本人所要求黏著假牙外觀之缺損及瑕疵現況、支台齒現狀與應處置之方式，及可能黏合方式之效果與差異，且若依本人所要求之黏著方式後可能衍生之問題與結果，以上本人均確實清楚瞭解且無異議。
3. 本人同意自願承擔依本人所要求黏合方式黏著假牙後，該假牙可能所衍生之任何問題，及就該假牙之效果、效用、價值之改變，均與甲方及乙方無涉。

本人經醫師說明已完全了解黏合的內容以及可能問題。

本人並同意醫師依照本人要求治療計劃施行處置

本人：_____代理人：_____ (關係_____)

身分證字號：

聯絡地址：

聯絡電話：

診所名稱：

主治醫師：

見證人：

中華民國_____年_____月_____日