

Nom : Prénom :
Date de naissance : Profession :
Adresse :
Tél :

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné(e).....

Certifie avoir été informé par le Docteur

- 1- Que compte tenu de l'étude préalable effectuée, la mise en place chirurgicale d'implants ostéointégrés est possible mais qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement ;
- 2- des traitements classiques par prothèse fixée (bridge), prothèse amovible ou orthodontie qui seraient possibles dans mon cas ;
- 3- de la nécessité des contrôles cliniques et radiographiques deux fois par an pendant les trois ans qui suivent l'implantation, puis une fois par an par la suite ;
- 4- des suites opératoires classiques et des conséquences d'un échec éventuel ;
- 5- qu'en cas d'échec, l'implant sera déposé sans frais supplémentaire ;
- 6- que le traitement par implant n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale, et qu'en conséquence aucune prise en charge n'est possible par les caisses d'assurance maladie.

Je reconnais avoir eu la possibilité de choix de mon traitement, que sa nature et ses risques m'ont été expliqués en des termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Fait à :

Date :

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)