

Nom du patient.....Prénom.....
Date de naissance.....
Email.....
Profession.....
Adresse.....

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné(e) certifie avoir été informé(e) par le docteur.....:

1. que la mise en place chirurgicale d'implants 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) ou prothèse adjointe (amovible) qui seraient possibles dans mon cas
3. de la nécessité de 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 supplémentaires.
6. que le traitement par implants 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.

Date :

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

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés