

Nom :

Prénom :

Numéro de(s) la dent(s) à traiter :

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 puisse être assurée dans ce type de traitement.

2. Qu'un scanner à été passé garantissant la possibilité de réalisation.

3. Que des traitements classiques par prothèse fixée (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) seraient possibles dans mon cas.

4. De la nécessité de contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an pendant les trois ans qui suivent l'implantation, puis une fois par an par la suite.

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.

7. Que le recours à l'utilisation de matériaux de comblement (allogreffe, xenogreffe ou synthétique) peut se révéler nécessaire au cours de l'intervention.

DATE :

SIGNATURE :

(Précédée de la mention manuscrite : lu et approuvé)