

CENTRE DENTAIRE EMILE ROUX
IMPLANTOLOGIE

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____/____/____ Numéro de téléphone _____

Je soussigné (e) certifie avoir été informé (e) clairement des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais :

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. Que les traitements classiques par prothèse fixée (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) sont possibles dans mon cas.
3. Quels sont les risques éventuels ainsi que les suites opératoires classiques et ceux qui résultent d'un échec.
4. Qu'en cas d'échec sur un ou plusieurs implants, ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.

En outre,

5. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention et de l'objectif à atteindre.

6. Je sais qu'il est nécessaire de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation ; puis, annuellement par la suite.

Ainsi donc,

7. Je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchi sachant que le risque médical existe.

8. Je sais que le traitement chirurgical 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.

Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible.

Fait à _____ le _____ Signature _____

Précédée de la mention : 'lu et approuvé'