



## CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

PROFESSION :

ADRESSE :

Tél :

Consentement du patient :

Je soussigné(e), certifie avoir été informée par le docteur Philippe BECARELLI

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

Ainsi donc, je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchie sachant que le risque médical existe.

Date :

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