

# Consentement éclairé en implantologie

Je soussigné(e) M

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 à 100 % ne peut être assurée dans ce type de traitement.

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

3- De la nécessité de contrôles cliniques et radiographiques réguliers suivant l'implantation et la pose de la prothèse, conformément au plan de traitement.

Peu avant le rendez-vous de contrôle, j'accepte d'être avisé par courrier ou par mail.

**Ne pas pratiquer ces contrôles engagerait mon entière et exclusive responsabilité.**

4- Qu'en cas d'échec immédiat d'ostéointégration, l'implant sera déposé.

Après une phase de cicatrisation osseuse, un autre implant pourra, le cas échéant, être mis en place, sans frais supplémentaires.

5- Que le traitement par implant n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale, et qu' aucune prise en charge n'est possible par les Caisses d'Assurance Maladie.

- Après avoir donné mon consentement éclairé (consécutivement à toutes les informations, bienfaits, avantages, indications, contre-indications et risques donnés et exposés après bilan clinique et études des examens complémentaires par le Docteur )
- Après avoir pris un temps de réflexion suffisant

il a été décidé conjointement de procéder à la mise en place de implants.

A

le

Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"