CONSENTEMENT ECLAIRE IMPLANTOLOGIE

Je soussigné(e) .....

Certifie avoir informé le Docteur ANTONIUTTI de mon état de santé via le questionnaire médical.

Je reconnais :

- **Avoir été informé des différentes options de traitement** (prothèse fixée ou amovible) et des conséquences d'un traitement non réalisé (migration dentaire, fonte osseuse).
- **Avoir eu le temps de réfléchir et de poser toutes les questions** concernant l'intervention, et que les explications sur les bienfaits et avantages ont été suffisamment claires.
- **Etre informé(e) des risques, des suites opératoires classiques et des conséquences en cas d'échec** (implant déposé et remplacement sans frais supplémentaires uniquement si les instructions de suivi sont respectées).
- **Que des examens de contrôle réguliers (tous les 6 mois) sont nécessaires** pour garantir la réussite du traitement. En cas d'infection gingivale, l'implant peut se mobiliser plus rapidement.
- Je suis informé(e) que le traitement chirurgical par implant dentaire **n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire**. De ce fait il n' y a aucune prise en charge financière par celle-ci.

Après avoir reçu une information complète et claire, *j'accepte* le plan de traitement proposé.

Si je suis fumeur ou vapoteur, je suis conscient que le processus de cicatrisation est plus long qu'un non fumeur.

Fait à ....., le..... Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

Bright and care
cabinet dentaire