CONSENTEMENT ECLAIRE TRAITEMENT PARODONTAL

Je soussigné(e).....
certifie avoir informé le Docteur ANTONIUTTI de mon état de santé via le questionnaire médical.

Je confirme avoir eu le temps de réfléchir et d'obtenir des explications claires concernant les bienfaits du traitement.

J'ai également été informé des soins d'hygiène obligatoires à réaliser **deux fois par jour** pendant la première phase du traitement.

Je suis conscient(e) que des effets secondaires temporaires, tels qu'un trouble du gout, des rétractions gingivales et des colorations réversibles sur les dents et la langue, peuvent survenir.

J'accepte de respecter les rendez-vous de suivi tous les 6 mois pour garantir les résultats dans le temps.

Je reconnais que ce traitement parodontal n'est pas couvert par l'assurance maladie, que de ce fait il n' y a aucune prise en charge financière par celle-ci.

Si je suis fumeur(se) ou vapoteur(se), je comprends que **cela peut ralentir le processus de cicatrisation et affecter les résultats du traitement.**

Fait à....., le ..... *Signature précédée de "lu et approuvé"*.

Bright and care
cabinet dentaire