

## Consentement éclairé

Le dentiste :

Le patient : .....

En ma qualité de patient, je déclare :

A) Avoir informé mon dentiste de toute ma condition médicale actuelle sans en avoir altéré ou modifié la vérité. En ce compris : antécédents familiaux, pathologies connues, médicaments pris antérieurement et actuellement, praticiens de santé consultés.

B) Avoir reçu toutes les informations concernant les traitements proposés par le dentiste. En ce compris le but des traitements, les moyens/techniques qui seront utilisés, les différentes étapes des traitements.

C) Avoir connaissance des honoraires qui me seront demandés ainsi que d'avoir la possibilité de demander un devis. Je m'engage à honorer les honoraires demandés pour les traitements acceptés pour lesquels je n'ai pas demandé de devis.

D) Avoir reçu les informations concernant les éventuels complexités et effets secondaires pouvant survenir pendant ou après les traitements.

E) Avoir eu l'opportunité de poser mes questions ainsi que d'en recevoir des réponses claires me permettant de comprendre l'ensemble du plan de traitement envisagé ainsi que tous les éléments s'y rapportant.

F) Avoir eu suffisamment de temps de réflexion personnelle afin de valider ou d'invalider les traitements proposés.

G) Avoir conscience que les informations des points A), B), C), D), E), F) sont notés dans mon dossier patient, créer préalablement par mon dentiste, et je marque mon accord avec les informations s'y figurant.

H) Avoir connaissance de mes droits en tant que patient.

**Pour accord (nom et prénom du patient + date + signature)**