

IDENTIFICATION DU PATIENT

Type d'intervention : (à préciser)

.....
.....

CONSENTEMENT ECLAIRE EXECUTION D'UN TRAITEMENT D'ORTHODONTIE
Patient majeur

SERVICE DE DENTISTERIE – ORTHODONTIE

Document à remplir par le praticien avec le concours du patient et devant être joint dans le dossier médical + copie à fournir au patient sur demande.

A remplir par le patient / participant

Je soussigné(e)....., né le ___ / ___ / ____ , autorise par la présente l'exécution du traitement d'orthodontie.

Le dentiste m'a informé(e) par un langage clair :

- de la nature du problème de santé dentaire ;
- de l'objectif, de la nécessité et de la mesure du traitement d'orthodontie proposé ;
- du dentiste qui assurera le traitement prévu ;
- des avantages, inconvénients et éventuelles alternatives de traitement ;
- des conséquences potentielles, des risques d'échec ou de complications liés au traitement ;
- de la nature et de la durée du traitement ;
- de mon droit de refuser le traitement d'orthodontie ;
- de l'estimation de prix, établie pour me permettre de me faire une idée de l'investissement financier qu'implique ce type de traitement.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et le dentiste M./Mme y a répondu de façon complète et compréhensible.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours du traitement, une découverte ou un évènement imprévu pourraient conduire le dentiste à étendre celui-ci en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement.

J'accepte les modifications de méthode qui pourraient s'avérer nécessaires pendant le traitement d'orthodontie.

Je déclare enfin avoir informé loyalement le dentiste de l'état de santé dentaire de mon enfant.

J'accepte que les photos ma bouche, après avoir été anonymisées, puissent être utilisées par les praticiens à des fins d'éducation ou d'information des patients et/ou pour permettre un suivi de mes soins par les praticiens.

Je marque mon accord pour qu'au besoin les données anonymisées soient utilisées à des fins de recherche clinique. Je m'engage à respecter les directives qui m'ont été clairement communiquées :

Ces traitements nécessitent une collaboration du patient, c'est-à-dire **une hygiène dentaire rigoureuse**, un brossage systématique plusieurs fois par jour. Le patient pourra brosser si nécessaire ses dents au cabinet, avant la consultation.



Je suis conscient(e) **qu'en cas de manquement à ces consignes données**, le praticien se réserve le droit **d'interrompre le traitement temporairement ou définitivement** pour éviter au patient l'apparition de caries ou de gingivites. **Dans ces conditions, aucun remboursement des sommes déjà engagées ne pourra être réclamé.**

J'ai été informé(e) que conformément à la législation belge, tout traitement interrompu plus de six mois (06) sans l'accord du praticien entrainera une perte du droit au remboursement INAMI. Tous les frais engagés par la suite seront à charge du patient. Si le patient décide d'interrompre son traitement avant sa fin tous les frais déjà engagés ainsi que les acomptes ne seront pas remboursés.

Je m'engage **à respecter les rendez-vous** pour gêner le moins possible les autres patients.

Je comprends bien que certaines étapes du traitement nécessitent que le praticien y consacre davantage de temps.

Je suis conscient(e) que **l'appareillage devra être maintenu en bon état** et que certains aliments comme le caramel et tout autre sucrerie par exemple, **devront être exclus totalement de l'alimentation. Des frais supplémentaires peuvent découler d'un mauvais entretien** de l'appareillage pour sa réparation ou son remplacement.

Fait à, le ___ / ___ / ___.

Signature du parent / tuteur légal (précédée de la mention « Lu et approuvé »)