

Consentement du patient

Le patient/La patiente, _____ (nom du patient), est d'accord avec une pose d'un ou de plusieurs implants en titane dans sa mâchoire. Je déclare avoir été informé(e), par le dentiste, des interventions conventionnelles, comme des solutions avec des restaurations prothodontiques conventionnelles.

Je déclare avoir été informé(e), par le dentiste, du procédé et de la durée de l'implantation, des avantages et des inconvénients possibles ainsi que des risques/complications éventuels.

Je déclare avoir été informé(e), par le dentiste indiqué ci-dessous, qu'il est important de maintenir une bonne hygiène orale et le nettoyage dentaire professionnel pour assurer succès de l'implantation à long terme (au mois 3 visites de contrôle par an chez le dentiste sont recommandées).

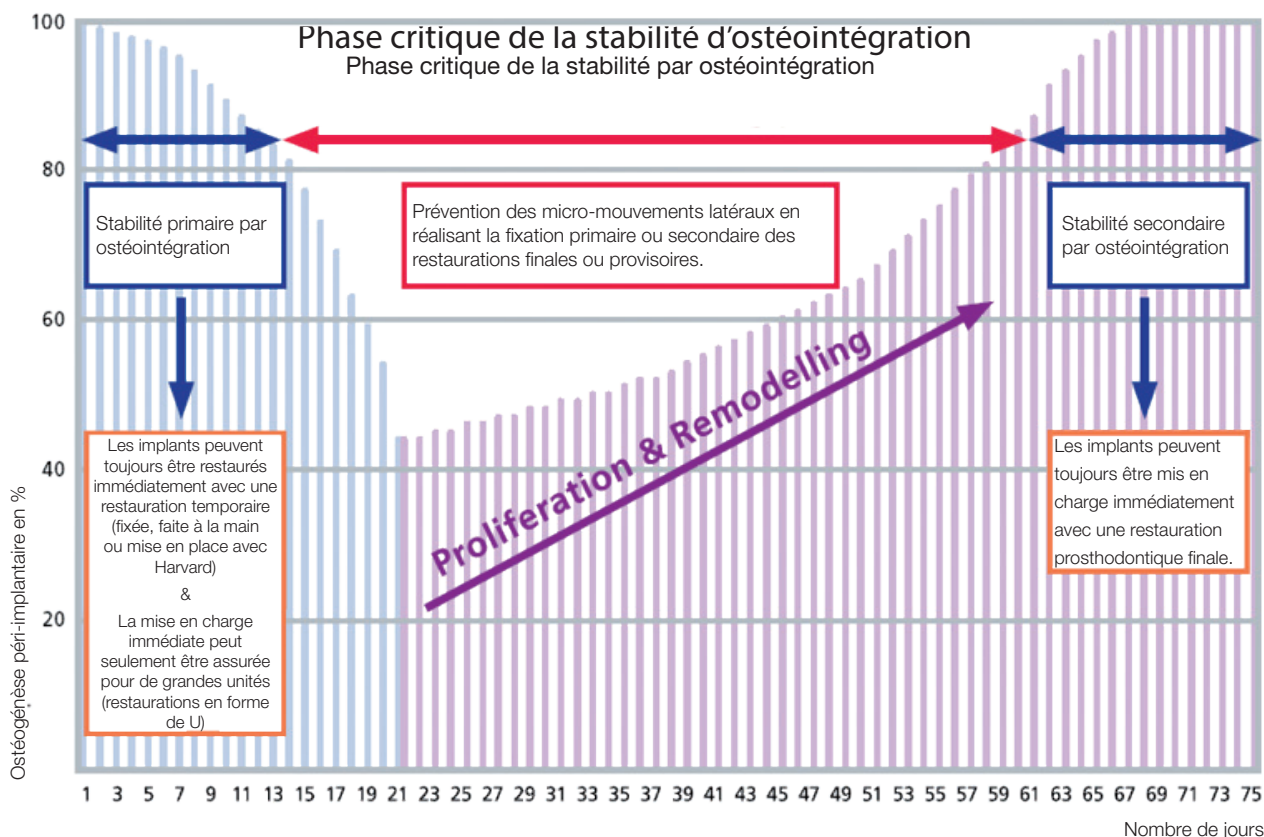
Commentaires:

Après que le patient/la patiente _____ a été informé/e d'une thérapie prothodontique alternative, il/elle a voulu une implantation dentaire.

Le patient/La patiente a été informé(e) que l'assurance-maladie ne couvre pas ou seulement partiellement les frais du traitement implantaire.

Date: _____ Signature du dentiste: _____

Date: _____ Signature du patient/de la patiente: _____



Le patient/La patiente _____ (nom, prénom)

a été informé/e le: ____ . ____ . 20 ____

par _____

Les points importants du diagramme de « Champions » sont les suivants:

- La durée de 2 à 8 semaines après la pose des implants monoblocs avec mise en charge immédiate est la phase d'ostéointégration la plus critique.
- Pendant ce temps-là, le patient devrait éviter la consommation d'aliments durs à mastiquer et des mouvements masticatoires extensifs sur les implants. Il faut éviter les forces latérales excessives. Pendant cette phase, le patient devra se restreindre à une alimentation qu'il pourra mastiquer à l'aide de sa langue!
- Il est important de maintenir une bonne hygiène orale et un nettoyage dentaire professionnel régulier pour garantir le succès à long terme du traitement implantaire.

Signature du dentiste: _____

Signature du patient/de la patiente: _____