Dr Charles MALTHIEU

Parodontologie/Implantologie/Chirurgie Buccale
Clinique St Isabelle Abbeville
selarlmalthieu@gmail.com
drmalthieu.steisabelle@gmail.com

CONSENTEMENT ECLAIRE

Vous allez prochainement bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Veuillez lire attentivement la fiche de renseignements qui vous a été remise, afin de prendre connaissance des modalités concernant ce type d'intervention.

Il est impératif que vous ayez parfaitement pris connaissance de toutes les contraintes qui accompagnent le geste chirurgical pratiqué.

Les informations qui y sont contenues n'ont pas pour but de vous inquiéter, mais sont simplement devenues obligatoires pour vous permettre de prendre votre décision chirurgicale de façon libre et éclairée.

Je reste à votre disposition pour vous donner tout complément d'information que vous jugeriez nécessaire.

Pour les enfants mineurs, signature obligatoire des 2 parents ou du tuteur légal.

Je soussigné(e), Qualité (père, mère, tuteur légal)

Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant l'intervention :

Nom/prénom du patient

qui sera réalisée le :

par le Docteur Charles MALTHIEU

Signature