

**Docteur MAMADOU KONE**  
Chirurgie Dentaire  
Université Henry Poincaré-Nancy  
116, Av du Marechal Foch  
33500 LIBOURNE  
☎ 05.57.51.77.40  
k.dentiste33500@gmail.com

**NOM :**

**PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

### **CONSENTEMENT DU PATIENT**

Je soussigné(e), ***Madame ou Monsieur NOM et Prénom du patient***, certifie avoir été informé(e) par le Docteur Mamadou KONÉ :

- ue la mise en place chirurgicale d'implants est possible selon une technique fiable et éprouvée depuis déjà 42 ans. Q
- es traitements classiques par ***prothèse fixée (bridge) ou prothèse adjointe (amovible)*** qui seraient possible dans mon cas. D
- e la nécessité de contrôles cliniques et radiologiques par mon praticien traitant, deux fois par an la première année qui suit l'implantation, puis une fois par an par la suite. D
- es suites opératoires classiques et des conséquences d'un échec éventuel. D
- u'en cas d'échec, l'implant sera déposé sans frais supplémentaires. Q
- ue le traitement par implants n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale, et qu'en conséquence aucune prise en charge n'est possible par les caisses d'assurance maladie. Q

Date :

Signature :  
( précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » )

**Document à signer et à remettre au plus tard le jour de l'intervention**