

Patient :

Le patient soussigné, ou ses parents ou tuteur légal, reconnaît avoir été pleinement informé par le praticien des conseils, des contraintes, des complications éventuelles, des limites et des risques concernant le traitement d'orthopédie dentofaciale et les techniques utilisées, ainsi que les modalités de prise en charge du traitement par l'assurance maladie.

Le
.....

Nom du signataire :

Qualité du signataire :

Signature :

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé").

Spécimen