

Chère patiente, Cher patient,

Ce document a pour but de vous informer au sujet d'un traitement planifié par le service de Chirurgie de la Bouche, de la Mâchoire et du Visage de l'hôpital Heilig Hart de Louvain.

Patient : _____ autorise par la présente le Dr _____ et le service BMV de l'hôpital H. Hart Louvain à procéder à l'intervention suivante :

Je comprends que, lors de l'intervention, une pathologie cachée peut se manifester et/ou que des situations inattendues peuvent se produire. Par la présente, je donne mon accord au médecin traitant pour qu'il fasse le nécessaire, conformément à son expertise, afin de maintenir et/ou d'optimiser mon état de santé.

J'ai fait part au médecin traitant de mon état de santé présent et passé, et ce le plus fidèlement possible. J'ai particulièrement veillé à signaler tout recours, par le passé, à la radiothérapie dans la région de la tête et du cou et/ou à toute prise actuelle ou passée de bisphosphonates ou de médicaments influençant la coagulation.

Les effets secondaires auxquels il faut s'attendre et les modalités pratiques ont été abordées avec le médecin traitant. Les complications éventuelles découlant de mon état clinique ont également été abordées dans les détails.

Je comprends que les réactions individuelles au traitement mis en œuvre ne sont pas toujours prévisibles et, si des situations inattendues devaient se produire, je le signalerai au médecin traitant ou au personnel du service BMV de l'hôpital H. Hart Louvain.

Le matériel clinique lié à mon traitement (radios, photographies cliniques, etc.) peut être utilisé par le médecin traitant et son équipe à des fins informatives et scientifiques.

Certains frais, liés à l'intervention elle-même, comme la fabrication d'empreintes en plâtre, de modèles de chirurgie ou de cires dentaires, l'analyse du matériel d'imagerie, etc. n'entrent pas en considération pour le remboursement par l'assurance maladie conventionnelle. Les implants dentaires et certaines interventions esthétiques n'entrent pas non plus en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance maladie conventionnelle.

L'estimation des frais liés à cette intervention et m'incombant s'élève à _____ euros.

J'ai lu et parcouru ce document attentivement avec le médecin traitant. Je suis suffisamment informé(e) et j'ai pu poser des questions complémentaires. Je peux donc apposer ma signature de manière totalement libre et autonome afin de donner mon accord pour procéder à l'intervention telle que décrite ci-dessus.

Signature du patient, du parent ou du tuteur du patient s'il s'agit d'un mineur.

Signature du médecin

Établi à Louvain le _____
En 2 exemplaires.