



SENIOR MOBILE
DENTAL SERVICES

+1613 854 8007

info@seniordental.ca

www.seniordental.ca

Consentement au Traitement

Nom du patient:

Nom de l'établissement/ numéro de la chambre:

Si le patient est incapable, le Procuration/ Famille donnera son consentement.

Nom du Procuration/ Famille:

La relation du Procuration/ Famille avec le patient:

Je (le patient ou le Procuration/ famille), consens par la présente au traitement dentaire suivant recommandé par Senior Mobile Dental Services.

Description du traitement:

Pour les patients ayant des dents naturelles: Examen et diagnostic complets de la bouche, Radiographie, nettoyage, traitement antimicrobien (rinçage) et traitement au gel de fluorure ou à la mousse.

Pour les patients sans dents naturelles (prothèses uniquement): Examen des Prothèse dentaire et des tissus mous, Nettoyage.

Capacité de consentement au traitement: Le patient est-il capable de comprendre les informations sur le traitement et apte à donner son consentement au traitement? Oui Non

Si le patient n'est pas capable:

Je (Procuration/ famille) serai présent à chaque rendez-vous

Oui Non

Le traitement peut être fourni en mon absence

Oui Non

Initiale: _____

Consentement:

J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses adéquates pour résoudre tous les problèmes que je pourrais avoir au sujet du traitement. Je consens à subir le traitement proposé par Senior Mobile Dental Services.

Consentement pour la divulgation de renseignements sur le patient:

Je (le patient ou procureur / famille) consens par la présente à la divulgation des renseignements médicaux, des renseignements personnels sur la santé et des coordonnées au Senior Mobile Dental Services de l'établissement (le mien ou celui du patient), les médecins et autres professionnels de la santé comme l'exige Senior Mobile Dental Services.

Signature du patient ou de son Procuration/ famille:

Signature du témoin (si signé par le patient):

Date:

Nom du témoin:
