

Orthodontiste/ Médecin-dentiste traitant

.....

**ACCORD AVEC LE TRAITEMENT ORTHODONTIQUE
DONNÉ PAR LE PATIENT MINEUR CAPABLE DE DISCERNEMENT***

selon les explications données par le biais
du contrat d'honoraires du

et

de la clarification médicale du

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Le patient susmentionné confirme avoir reçu toutes les explications et bien comprendre l'importance et les conséquences de cette intervention médicale, soit du traitement orthodontique décrit, et par sa signature, donne son accord à consentir au traitement selon le contrat d'honoraires précité.

Signature du patient susmentionné :

Lieu et date :

* Selon la pratique admise, un enfant mineur est en général capable de discernement entre 12 et 16 ans selon le développement de l'enfant (admis pour un enfant de 13 ans selon le Tribunal fédéral des assurances (TAF 134 II 235))