

Je soussigné, M....., certifie que les éléments et documents suivants m'ont été remis en mains propres de la part du Docteur « NOM »:

- Mon dossier dentaire
- Ma radio panoramique
- Mes clichés radiologiques
- Mes empreintes d'études

Fait à « VILLE », le

Signature du patient :

Je soussigné, « Monsieur » / « Madame » « Prénom » « NOM », certifie refuser de mon plein gré, et sous mon entière responsabilité le traitement qui m'est proposé par le Docteur "NOM", concernant les dents avec des infections visibles radiologiquement. Je reconnais assumer totalement les conséquences de ce refus, et plus particulièrement, celles concernant l'état de santé sur le plan général.

Fait à "VILLE", le

Signature du Patient :

Nom prenom du patient

Je soussigné Certifie avoir reçu ce jour

un Chèque

D'un montant de

