



**Docteur Eric BERNADAC**

7 rue de Fenille  
01000 BOURG EN BRESSE  
Tel : 04.28.44.89.05  
docteurericbernadac@orange.fr

## **FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Je soussigné(e)

Nom (naissance/usuel) :

Prénom :

Né le :

Agissant pour moi-même

En qualité de représentant légal du mineur :

Nom (naissance/usuel) :

Prénom :

Né le :

Je (nous) reconnais (sons) avoir reçu une information orale individualisée dans le cadre d'un entretien individuel en date du ...../...../.....

Cette information a notamment porté sur la nature et les objectifs des examens diagnostiques et des actes thérapeutiques médicaux ou chirurgicaux qui seront pratiqués, sur l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi que sur les risques et complications éventuelles pouvant survenir au cours de l'acte lui-même, mais également dans les suites immédiates ou à termes. Par ailleurs, cette information a été complétée d'un document écrit et individualisé qui m'a été remis.

Concernant la prise en charge d'un mineur ou majeur protégé, je (nous) reconnais (sons) que (nom prénom du mineur/majeur protégé) ..... que je (nous) représente (ons) a également reçu une information orale individualisée adaptée à son âge ou à son niveau de compréhension.

Après avoir eu connaissance de l'ensemble de ces informations et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai (nous avons) donc pu, en toute connaissance, donner mon (notre) consentement éclairé à la réalisation de ces actes :

Réalisés au cabinet le(s) :

Type d'intervention – localisation dentaire – observations particulières

Fait à Bourg-en-Bresse le ...../...../.....  
Signature du patient ou  
de son/ses représentant(s) légal(aux)

Signature du praticien