

**Dr Xavier Tenorio** NOM : **${patientInfo.firstName} ${patientInfo.lastName}**

FMH en Chirurgie Plastique

Reconstructive et Esthétique DATE DE NAISSANCE : ${patientInfo.birthdate}

Rue du Rhône 50

1204 Genève DATE : ${currentDate}

Suisse

Tél. : +41(0)227322223

[info@aesthetics-ge.ch](mailto:info@aesthetics-ge.ch)

**CONSENTEMENT ECLAIRE**

Le/la soussigné(e) confirme avoir été dûment informé(e) par son médecin traitant du traitement :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ainsi que des effets indésirables et complications éventuels. De plus, il a été répondu de manière complète et compréhensible à ses questions.

Il/elle a connaissance que **la caisse maladie ne prend pas en charge les frais de ce traitement** et que la clinique (en cas d’anesthésie) peut facturer directement le temps de dépassement chirurgical si l’opération prend plus de temps que prévu.

Par la signature du présent formulaire, le/la soussigné(e) déclare accepter le traitement.

En cas d’annulation, le/la soussigné(e) déclare prendre connaissance que des **frais d’annulation d’un montant de 800,00 CHF** lui seront facturés.

Nous ne pouvons pas garantir les résultats mais nous pouvons garantir que vous serez conseillé(e), évalué(e) et traité(e) en toute bonne foi et au mieux de nos connaissances.

Le/la soussigné(e) confirme avoir connaissance que le matériel photographique et vidéo pris pendant la consultation appartient exclusivement à son dossier médical, néanmoins :

Le/la patient(e) autorise l’utilisation du matériel photographique et vidéo dans le but de la recherche médicale, des présentations scientifiques et comme matériel d’illustration, à condition que son identité ne soit pas dévoilée.

Le/La patient(e) n’autorise en aucun cas l’utilisation de son matériel photographique et vidéo.

Signatures :

Du/de la patient(e) : Dr Xavier TENORIO :

