

DOCTEUR PATRICK KNIPPER

Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique

Ancien Chef de Clinique-Assistant des Hôpitaux de Paris
Membre de la société Française de Chirurgie Plastique
Collège Français de Chirurgie Plastique
European Board of Plastic Surgery
Attaché des Hôpitaux de Paris
Microchirurgie

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous confirmons votre intervention, le _____ .

Vous serez hospitalisé (e) le _____ à _____ , à jeun.

Vous sortirez le _____ , avant midi, en principe.

Vous serez hospitalisé(e) à la:

Clinique du Trocadéro

62, rue de la Tour - 75016 Paris -Tel : 01 40 72 40 40

Je vous demanderai, auparavant :

- 1) de **contacter notre anesthésiste** pour la consultation préopératoire : Dr Despieres ou Dr Bismuth.
Téléphonez au Centre médical du Trocadéro au 01 40 72 28 88 pour prendre le rendez-vous avec l'anesthésiste.
- 2) d'adresser **le devis et le consentement mutuel** ci-joint, dûment paraphés, au
Dr P Knipper 16, Bvd de la Tour Maubourg 75007 Paris.

En restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire, nous vous prions de bien vouloir agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

... /...

« Lorsque des dispositifs médicaux ou des produits injectables à visée esthétique sont utilisés, ils doivent être autorisés officiellement. Les références en seront détaillées sur la facture (marque, fabricant, numéro de lot ...) ».

« S'il s'agit d'un acte uniquement à visée esthétique, les examens, l'intervention, les prescriptions et l'arrêt de travail éventuel ne pourront être pris en charge par l'assurance maladie ».

Conformément à l'arrêté du 17 octobre 1996, paru dans le journal officiel du 29 octobre 1996,
« Il est convenu que doit être respecté un délai minimum de 15 jours entre la remise de ce document et l'intervention éventuelle. C'est un délai de réflexion avant toute décision, pour le praticien comme pour la personne examinée. Pendant cette période, il ne peut être exigé ou obtenu, de la personne examinée, directement ou indirectement, à quelque titre que ce soit ni sous quelque forme que ce soit, une contrepartie quelconque ni aucun engagement, à l'exception du prix de la présente consultation ».

Conformément au décret numéro 2005 – 1366 du 02 Novembre 2005 : Un délai de quinze jours doit être respecté impérativement entre la remise du devis et l'intervention chirurgicale...

Dans tous les cas, le devis, établi en double exemplaire et signé du praticien, doit également comporter l'indication manuscrite, datée et signée du consommateur : « **devis reçu avant l'exécution de la prestation de service** ».

Les actes médicaux ou chirurgicaux non remboursés évoqués dans ce devis ont une finalité thérapeutique en vertu de quoi ils bénéficient d'une exonération de TVA en application de l'article 261-4-1 du code général des impôts.»

PREMIERE CONSULTATION LE :

DEVIS ETABLI LE : _____ ET ENVOYE EN MAINS PROPRES.

Signature du Chirurgien

Signature du PATIENT

Docteur PATRICK KNIPPER

Spécialiste en Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
Ancien Chef de Clinique - Assistant des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Française de Chirurgie Plastique
Collège Français de Chirurgie Plastique
European Board of Plastic Surgery

16, Bvd de la Tour Maubourg -75007 Paris Tel : 01 45 51 47 47

CONSENTEMENT MUTUEL ECLAIRÉ

Comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que:

1) Je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à toute intervention chirurgicale. S'y ajoutent:

- un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement à la maladie (ou aux disgrâces pour les interventions esthétiques) dont je suis affecté mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

- des risques particuliers liés à l'opération de:

2) Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects et des différentes formes telles que: d'anatomie loco-régionale, de cicatrisations, etc... ; ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques.

3) je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.

4) J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents à ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer toute acte qu'il estimerait nécessaire.

5) Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai minimum de 15 jours à respecter entre la consultation et l'intervention éventuelle, et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin-traitant.

6) Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en postopératoire.

Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

7) Je souhaite bénéficier de cette chirurgie dans une démarche à finalité thérapeutique en vue de corriger des dégradations et des altérations de mon état corporel qui m'handicapent dans ma vie quotidienne.

A

Le

Nom

Prénom.....

Adresse

Signature : (à faire précéder de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Je certifie avoir reçu une **Fiche d'Information** concernant mon intervention. Cette fiche d'information rédigée sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique m'a apporté des informations complémentaires à celles fournies pendant la consultation.

Signature :