

Cabinet d'Orthodontie
Dr. XXXXXXXX XXXXXXXX
Rue
CP VILLE

Madame, Monsieur « Nom Responsable du patient »

Les difficultés relationnelles, que nous avons ne me permettent pas d'assurer dans le cadre du contrat de soins un suivi serein et efficace du traitement d'orthodontie de « Nom Prénom Patient »

Je suis au regret de vous informer que j'interromps mon traitement.

Cette décision est conforme aux articles R. 4127-232 et R. 4127-211 du Code de la santé et 1128 du Code civil.

Afin qu'il y ait une continuité des soins, je vous communique l'adresse de praticiens et de centres qui seront à même d'assurer le suivi.

Tous les documents concernant « Nom Prénom Patient » sont à votre disposition.

En regrettant cet état de fait, je vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

à « Ville », 22/01/2022

Signature Praticien