

<Logo Studio>
<Riga 1 Emittente>
<Riga 2 Emittente>
<Riga 3 Emittente>
<Riga 4 Emittente>

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO PER PRESTAZIONE DI IGIENE ORALE, PREVENZIONE

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamoum

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono le informazioni relative al Suo trattamento già oralmente espresse nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

DIAGNOSI:

Presenza di accumuli di placca e tartaro
 Gengivite
 Presenza di tasche parodontali

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

Rimozione del tartaro sopragengivale tramite strumento ad ultrasuoni o manuale.
Rimozione del tartaro sottogengivale tramite strumentazione manuale; sondaggio parodontale; decontaminazione delle tasche parodontali, sigillatura dei solchi, applicazione di fluoro, applicazione di lache desensibilizzanti.

Nel suo caso:

<Prestazioni>

BENEFICI DELL'INTERVENTO:

L'eliminazione del tartaro contribuisce in maniera determinante all'abbassamento della carica batterica, la decontaminazione delle tasche parodontali contribuisce alla cura della malattia parodontale, unitamente all'igiene domiciliare.

RISCHI DELL'INTERVENTO:

Sono relativi:

- a possibili lesioni parodontali;
- all'aumento della sensibilità dentale per esposizione delle radici attualmente coperte dal tartaro;
- alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici.

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

COMPLICAZIONI:

- dopo l'intervento è possibile avere dolore, infiammazione o emorragia facilmente controllabili.

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio Odontoiatra / Igienista Dentale.

NEL SUO CASO VI POSSONO ESSERE I SEGUENTI RISCHI SPECIFICI:

POSSIBILI ALTERNATIVE:

ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a <Frase completa> dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato e di aver compreso lo scopo e la natura dei trattamenti indicati nel presente modulo e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Letta l'informativa, presto il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate dall'Odontoiatra / Igienista Dentale.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra / Igienista Dentale:

Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.>

<Dati Fiscali Op.>
