

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

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloom

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:

Lesione cariosa profonda
Pardontopatia diffusa
Ascesso odontogeno
Mobilità degli elementi dentari

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

Eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale.

Nel suo caso:
<Prestazioni>

BENEFICI DELL'INTERVENTO:

L'avulsione di un elemento dentario od ogni altra procedura chirurgica si può rendere necessaria per evitare processi infiammatori, danneggiamento dei denti adiacenti.

RISCHI DELL'INTERVENTO:

Sono relativi:

- all'impiego inevitabile dell'anestetico locale, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici, con vasocostrittori o senza (ove sia richiesto per particolari patologie sistemiche preesistenti);
- a possibili lesioni ossee o parodontali.

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

COMPLICAZIONI:

Sono relativi:

- all'impiego inevitabile dell'anestetico locale, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici, con vasocostrittori o senza (ove sia richiesto per particolari patologie sistemiche preesistenti);
- a possibili lesioni ossee o parodontali.

NEL SUO CASO VI POSSONO ESSERE I SEGUENTI RISCHI SPECIFICI:

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni fornite dall'odontoiatra.

POSSIBILI ALTERNATIVE:

ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a <Frasi completa> dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato e di avere 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.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra:

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

<Dati Fiscali Op.>
