

<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 PARODONTALE E RIGENERATIVA**

**Paziente <Cognome> <Nome>**

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

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:**

**DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:**

rimodellamento e/o rigenerazione dei tessuti di supporto del dente allo scopo di arrestare la perdita di gengiva e/o osso con rischio di perdita del dente.

Nel suo caso:

<Prestazioni>

**BENEFICI DELL'INTERVENTO:**

miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (Permanenza in bocca), dell'estetica e dell'eventuale appoggio protesico successivo.

Nel suo caso:

\_\_\_\_\_

**RISCHI DELL'INTERVENTO:**

Sono relativi: all'impiego inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza (ove sia richiesto per particolari patologie sistemiche preesistenti) a cui soggetti ipersensibili potrebbero risultare allergici; a possibili lesioni ossee o parodontali; raramente aumento della mobilità fino alla perdita del dente.

Nel suo caso:

\_\_\_\_\_

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

**COMPLICAZIONI:**

dopo l'intervento è possibile avere infiammazione, con gonfiore nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento, dolore, infezione, o emorragia (controllabili farmacologicamente). Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale e un rialzo della temperatura. Tutte le complicazioni immediate e a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni fornite dall'Odontoiatra e attenendosi ai tempi consigliati per i controlli a distanza.

**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/a e di avere compreso lo scopo e la natura della chirurgia parodontale e rigenerativa indicata nel presente modulo, e di avere 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.**

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

\_\_\_\_\_

Firma odontoiatra

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

<Dati Fiscali Op.>

\_\_\_\_\_