

<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 PROTESI FISSA

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:

_____ Riabilitazione protesica esistente incongrua
_____ Elementi dentari mancanti
_____ Funzione masticatoria compromessa
_____ Funzione fonetica compromessa
_____ Edentulia parziale o totale

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

manufatti protesici di vario tipo, in appoggio sulla dentatura residua, verranno eseguiti ove necessario, in modo da restituire possibilmente una corretta funzione ed estetica alla bocca.

Nel suo caso:

<Prestazioni>

BENEFICI DELL'INTERVENTO:

attraverso l'apposizione di una protesi fissa, si cerca di ristabilire funzione, estetica e solidità ai settori interessati dall'intervento. In particolare,

RISCHI DELL'INTERVENTO:

sono relativi all'impiego inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici (ove vi siano patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza); al sacrificio biologico di tessuto dentale per cui, a volte, si può rendere necessario devitalizzare uno o più elementi; alla durata della terapia, a volte disagiata a causa della permanenza di protesi provvisorie.

MATERIALI IMPIEGATI:

Lega metallica composta da: _____

Ricoperta da: _____

<Logo Studio>

<Riga 1 Emittente>

<Riga 2 Emittente>

<Riga 3 Emittente>

<Riga 4 Emittente>

COMPLICAZIONI:

una volta applicata la protesi, è necessaria una corretta igiene orale per salvaguardare il sigillo a livello gengivale. Inoltre, eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es. bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra.

NEL SUO CASO VI POSSONO ESSERE I SEGUENTI RISCHI SPECIFICI:

POSSIBILI ALTERNATIVE:

ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a <Frases 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.>
