

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

Magenta, <Data corrente>

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL MOLAGGIO SELETTIVO**

**Paziente <Cognome> <Nome>**

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

Gentile Paziente,  
con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento, già oralmente espressi 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:**

In alcune situazioni, nel corso del trattamento ortodontico, o più spesso alla fine del trattamento, vi può essere la necessità di modificare in uno o più punti le superfici con cui i denti di una arcata prendono contatto con i denti dell'arcata antagonista. Tale tecnica viene definita "molaggio selettivo" e viene eseguita con frese su trapano.

Nel suo caso:

<Prestazioni>

**BENEFICI DELL'INTERVENTO:**

Lo scopo è quello di ottenere un più corretto e distribuito contatto tra i denti, eliminando punti di rialzo causa di precontatti con dislocazione mandibolare o di mobilità di denti sottoposti a carico eccessivo.

Nel suo caso:

**RISCHI DELL'INTERVENTO:**

Pur essendo limitata allo spessore dello smalto per una limitata profondità, pur sempre una manovra invasiva in quanto comporta una riduzione di sostanza dentale e il ritocco di una corona sana; il molaggio deve essere quindi eseguito con molta cautela e limitato a punti precisamente individuati.

Nel suo caso:

**COMPLICAZIONI:**

Se correttamente eseguito non comporta svantaggi, o aumento della sensibilità dentale e maggiore suscettibilità alla carie.

**NEL SUO CASO VI POSSONO ESSERE I SEGUENTI RISCHI SPECIFICI:**

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

**POSSIBILI ALTERNATIVE:**

Qualora necessario non presenta sostanzialmente alternative se non l'estrazione degli elementi coinvolti.

**ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PAZIENTE:**

Io sottoscritto/a <Fraser 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.**

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra

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

<Dati Fiscali Op.>