

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

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA CONTENZIONE

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloom

Io sottoscritto, <Frase completa> dichiaro di:
aver ricevuto precise informazioni sui limiti della stabilità nel tempo dell'allineamento dentale ottenuto nel corso del trattamento ortodontico e sulla necessità di stabilizzare il risultato ottenuto con una metodica di contenzione, di cui potrà essere richiesto l'utilizzo anche per un prolungato periodo di tempo, secondo le indicazioni impartite dall'ortodontista cui sarà mio impegno rigorosamente attenermi.

Nel caso specifico il dispositivo di contenzione ritenuto più adatto consiste in:

<Prestazioni>

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.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra

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

<Dati Fiscali Op.>
