

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

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE PARZIALE DEL PIANO DI CURA

Io sottoscritto/a <Frase completa>

Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dr. <Cognome Op.> <Nome Op.> in merito alle cure odontoiatriche necessarie per la mia situazione clinica e di aver ricevuto un piano di cura dettagliato contenente le terapie consigliate.

Dopo aver ricevuto tutte le spiegazioni necessarie e aver avuto la possibilità di porre domande, **dichiaro di aver scelto di eseguire solo una parte del piano di cura proposto**, consapevole che la mancata esecuzione completa delle cure potrebbe comportare:

- **Peggioramento delle condizioni attuali**, con possibile aggravamento delle problematiche già evidenziate in fase di visita;
- **Rischio di compromissione funzionale ed estetica**, dovuto alla mancata armonizzazione del trattamento;
- **Possibili complicazioni future**, che potrebbero rendere necessarie cure più complesse e costose;
- **Durata del risultato non garantita**, in quanto il trattamento parziale potrebbe non assicurare la stabilità a lungo termine;
- **Esclusione di responsabilità del professionista** per eventuali conseguenze derivanti dalla mia scelta di non completare il trattamento consigliato.

Confermo inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni sui rischi e sulle alternative di trattamento e di aver compreso il contenuto del presente documento.

Dichiaro quindi di sollevare il medico e lo studio odontoiatrico da qualsiasi responsabilità in merito agli effetti negativi derivanti dalla mia decisione di non eseguire il piano di cura nella sua totalità.

Magenta, <Data corrente>

Firma del paziente (<Cognome> <Nome>): _____

Firma del medico (<Cognome Op.> <Nome Op.>): _____