
DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO
AD INTERVENTO DI TERAPIA
CHIRURGIA PARODONTALE E RIGENERATIVA

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già esposti, e con Lei condivisi nel corso della visita sia oralmente che con l'utilizzo delle schede informative presenti sul sito web del nostro studio www.studiodentisticocerato.it in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal 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:

.....

Benefici dell'intervento.

Miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (permanenza in bocca) e dell'eventuale appoggio protesico successivo.

Nel suo caso:

.....

Rischi dell'intervento.

Sono relativi: all'impiego inevitabile di anestetico locale, con o senza vasocostrittore, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di lesioni ossee o parodontali; raramente può verificarsi un aumento della mobilità fino alla perdita del dente.

Nel suo caso:

.....

.....

Complicazioni.

Dopo l'intervento è possibile avere aumento della sensibilità dei denti, dolore (controllabile farmacologicamente); infezione, infiammazione (con gonfiore ed ecchimosi nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento) o emorragia (facilmente controllabile). Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Tutte le complicazioni immediate ed a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni dell'odontoiatra (allegate) ed 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 (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda").

.....

Io sottoscritto / a:

Signora / Signor

Nata/o a

In data

Residente a

Indirizzo

Telefono

e-mail

dichiaro di essere stato informato/a e di aver ben compreso lo scopo e la natura della terapia indicata nel presente modulo e nella scheda informativa presente sul sito web all'indirizzo: www.studiodentisticocerato.it, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare.

Presto pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate. Dichiaro altresì di aver ricevuto le "norme comportamentali post intervento chirurgico e/o parodontale" a cui attenersi.

Luogo, data ed ora:

ore

presenti:

Il Paziente

Il Medico

L'Assistente

.....
Firma del Paziente

.....
Firma del Medico

.....
Firma dell'Assistente