

---

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](http://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](http://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