
DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO PER LA RIABILITAZIONE PROTESICA CON PROTESI FISSA

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.

Manufatti protesici di vario tipo, in appoggio sulla dentatura residua, verranno eseguiti ove necessario, in modo da restituire possibilmente una corretta funzione ed estetica alla bocca.

Nel Suo caso:

.....

Benefici dell'intervento.

Attraverso l'apposizione di una protesi fissa, si persegue l'obiettivo di ristabilire funzione, estetica e solidità ai settori interessati all'intervento.

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; a volte, si può rendere necessario devitalizzare uno o più elementi in relazione al sacrificio biologico di tessuto dentale; alla durata della terapia, a volte disagiata a causa della permanenza, di protesi provvisorie.

In particolare nel Suo caso:

.....

Materiali impiegati.

Lega metallica composta da:

Ricoperta da:

Manufatto "metal free" effettuato con:

Complicazioni.

Una volta applicata la protesi, è necessaria una corretta igiene orale, per salvaguardare il sigillo a livello gengivale.

Inoltre eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es. : bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra.

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 di riabilitazione protesica a cui attenersi.

Luogo, data ed ora:

ore

presenti:

Il Paziente

Il Medico

L'Assistente

.....
Firma del Paziente

.....
Firma del Medico

.....
Firma dell'Assistente