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

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.

Protesi parziale: protesi rimovibile con appoggio dentale e mucosa.

Protesi totale: protesi rimovibile a totale appoggio mucoso.

Le protesi vengono costruite su modelli derivati da impronte di precisione rilevate sul paziente.

Benefici dell'intervento.

Attraverso l'apposizione di una protesi mobile, si cerca di ristabilire funzione masticatoria e l'estetica al paziente.

Nel Suo caso:

.....

Rischi dell'intervento.

L'appoggio del manufatto protesico sulla mucosa può portare nel tempo ad un aumento del riassorbimento dell'osso alveolare.

Materiali impiegati.

Lega metallica composta da:

.....

Resina costituita di:

.....

Denti artificiali in:

.....

Altro:

.....

Nel Suo caso:

.....

Complicazioni.

In genere non particolarmente rilevanti e a cui si può facilmente rimediare, effettuando controlli regolari dall'odontoiatra.

È possibile che la protesi possa causare lesioni da decubito sulla mucosa e maggiore sensibilità termica, parodontale e alla carie degli elementi portanti.

La protesi totale può non essere stabile, a causa della quantità, qualità e conformazione dell'osso residuo, e ciò può variare nel tempo.

Una non corretta igiene della protesi può portare a infezioni e/o degenerazioni della mucosa orale.

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