

---

## 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](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.**

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](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 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