Consenso informato · Generale

Da firmare alla prima visita e allegare al piano di trattamento e al preventivo · **OBBLIGATORIO**

Copia da leggere a casa. Questo è il modulo che le chiederemo di firmare in studio. Lo legga con calma e annoti le sue domande: l'odontoiatra le spiegherà ogni punto prima della firma.

PAZIENTE _____ NATO/A IL _____

CODICE FISCALE _____ PIANO DI TRATTAMENTO N. _____

PREVENTIVO DEL _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal dott./dott.ssa _____ su:

- ☐ la diagnosi e il piano di trattamento proposto, con le fasi e i tempi indicativi
- ☐ che per ogni trattamento specifico (chirurgia, impianti, ortodonzia, protesi...) firmerò anche il consenso dedicato
- ☐ l'uso dell'anestesia locale e i suoi possibili effetti (allergia, palpitazioni, lesioni della mucosa, morso accidentale)
- ☐ le alternative, compresa quella di non fare nulla, e le conseguenze del rifiuto
- ☐ i costi indicati nel preventivo e le condizioni di pagamento
- ☐ che il piano può cambiare se durante le cure emergono situazioni non prevedibili: in quel caso sarò informato prima
- ☐ l'importanza dell'igiene domiciliare e dei controlli periodici per la durata del risultato

Ho potuto porre domande e ho ricevuto risposte esaurienti. Ho avuto il tempo necessario per decidere. So di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze sul rapporto con lo studio.

☐ ACCONSENTO **☐ NON ACCONSENTO**

NOTE DEL CASO / DOMANDE DEL PAZIENTE

_____

_____

_____

FIRMA DEL PAZIENTE _____ FIRMA DELL'ODONTOIATRA _____ LUOGO E DATA _____

Rif. normativo: L. 219/2017, art. 1 · Codice di deontologia medica, artt. 33-35