Consenso informato · Chirurgia parodontale

Lembi, chirurgia resettiva e rigenerativa, innesti gengivali · **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 _____ SESTANTI / ELEMENTI _____

TECNICA _____

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

- ☐ lo scopo: ridurre le tasche, rigenerare il sostegno del dente o coprire le radici esposte
- ☐ l'eventuale uso di membrane, materiali da innesto o prelievo di tessuto dal palato
- ☐ i rischi: dolore, gonfiore, sanguinamento, sensibilità al freddo, recessione gengivale con denti visivamente più lunghi, risultato parziale
- ☐ che il successo dipende dall'igiene domiciliare, dall'astensione dal fumo e dai richiami parodontali
- ☐ le alternative (terapia non chirurgica, estrazione) e le conseguenze del rifiuto

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