Consenso informato · Protesi mobile

Protesi totali, scheletrati, protesi parziali e overdenture · **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 _____ ARCATA _____

TIPO DI PROTESI _____

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

- ☐ il periodo di adattamento: fastidio, decubiti, difficoltà di parola e masticazione nelle prime settimane
- ☐ la necessità di ritocchi e, nel tempo, di ribasature per il riassorbimento dell'osso
- ☐ le regole di pulizia della protesi e delle mucose e la rimozione notturna se indicata
- ☐ la durata non illimitata del manufatto e i controlli almeno annuali
- ☐ le alternative (protesi fissa, impianti) 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