Consenso informato · Allineatori trasparenti

Mascherine ortodontiche trasparenti e attachment · **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 _____ SISTEMA / N. MASCHERINE _____

DURATA STIMATA (MESI) _____

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

- ☐ che le mascherine vanno portate almeno 22 ore al giorno e tolte solo per mangiare e lavare i denti
- ☐ che il progetto digitale è una simulazione: il risultato reale può richiedere mascherine aggiuntive (refinement)
- ☐ l'applicazione di attachment in composito sui denti e l'eventuale limatura interprossimale (stripping)
- ☐ i rischi: fastidio, difficoltà di pronuncia iniziale, carie se l'igiene è scarsa, riassorbimento radicolare, risultato incompleto
- ☐ che a fine cura è indispensabile la contenzione
- ☐ che le mascherine perse o rotte per incuria possono avere un costo aggiuntivo

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