



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

**IL CONSENSO INFORMATO
IN
ODONTOIATRIA**

Documento approvato dalla
COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI
nella seduta del 24 gennaio 2000

Note all'uso delle schede di Consenso Informato

Il tema del Consenso Informato in Odontoiatria è di particolare attualità e oggetto di una sempre più vasta pubblicistica; purtroppo tale argomento è ancora estraneo alla normale prassi clinica. Il contenuto di questo lavoro riprende i testi sul Consenso Informato in Odontoiatria proposti dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma riproposti in una forma tale da renderne possibile l'uso informatizzato. Vale comunque la pena sottolineare alcuni concetti essenziali così come riportato nella pubblicazione citata:

"Il Consenso Informato non è un modulo informativo, è un rapporto umano, prima ancora che clinico e giuridico, che si instaura tra due persone (medico e paziente).

Il paziente, una volta adeguatamente informato, dà il suo assenso alle terapie; si parla infatti di Consenso Informato proprio perché il paziente, informato, dà il suo Consenso.

Il Consenso Informato è un atto libero e volontario del paziente; il ruolo del medico, e quindi dell'odontoiatra, è di fornire al paziente le informazioni per decidere coscientemente se accettare o meno la terapia proposta.

Lo sforzo compiuto con questo lavoro è stato quello di definire *il quid di informazioni minime* da fornire al paziente in relazione ad atti terapeutici odontoiatrici, è opportuno che l'odontoiatra integri le informazioni in base alla propria esperienza e alla situazione specifica in cui opera.

La forma schematica adottata (modulo) non vuol essere in alcun modo un invito a trasformare un rapporto umano in un rapporto burocratico del genere "si legga questo modulo e firmi qui", le schede informative possono eventualmente, ma questo è solo un possibile suggerimento di tipo documentale, essere utilizzate come una ricevuta di informazione e non come un atto informativo in sé. La base del Consenso Informato resta il rapporto personale e verbale, la formulazione scritta ed eventualmente controfirmata dal paziente è una cautela di tipo medico-legale che l'odontoiatra a suo giudizio può o meno utilizzare.

Nel caso di trattamenti multidisciplinari è ovvio che le informazioni contenute nelle varie schede dovranno tra loro essere integrate; ad esempio nel caso di un trattamento ortodontico pre-protetico con successivo intervento protesico, dovranno essere date al paziente le informazioni contenute nella scheda relativa al trattamento ortodontico e quelle nella scheda relativa al trattamento protesico. Nel caso si voglia utilizzare anche la forma scritta, le due schede potranno essere integrate tra loro in un'unica scheda a cura del professionista.

Studio Odontoiatrico

Dott. X Y

Via

Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI TERAPIA CONSERVATIVA E ENDODONTICA

Sig. / Sig.ra

Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi:.....

Descrizione dell'intervento

Rimozione con apposito strumentario della carie ed eventualmente del tessuto pulpare (devitalizzazione), con successiva ricostruzione del dente. Nel Suo caso :

.....
.....
.....
.....

Benefici dell'intervento

Conservazione del dente ed eliminazione di infezione, infiammazione e dolore derivanti dalla patologia dentale.

Rischi dell'intervento

Sono relativi : all'impiego *inevitabile* di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici ; all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti.

Materiali impiegati

Otturazione provvisoria :

Otturazione definitiva :

Otturazione del canale radicolare :

Perni endocanalari costituiti da :

Complicazioni

Una volta effettuata l'otturazione, è possibile la permanenza per tempi più o meno lunghi di sensibilità termica o ad alcune sostanze ; è possibile che ci sia un accentuazione dei sintomi che rendano necessaria la devitalizzazione dell'elemento per evitare la diffusione dell'infezione.

Un'otturazione in amalgama può, in rari casi, causare una pigmentazione scura del dente e/o dei tessuti circostanti.

Una ricostruzione in materiale composito può nel tempo cambiare tonalità di colore.

In caso di terapia canalare è possibile avvertire temporaneamente alcuni sintomi spiacevoli quali, ad esempio, dolore o sensazione di allungamento del dente.

I denti devitalizzati possono risultare più fragili del normale. In alcuni casi è possibile che sia necessario provvedere alla protesizzazione, alla resezione del suo apice (apicectomia) o all'estrazione dell'elemento dentario.

Possibili alternative

.....
.....

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda")

.....
.....
.....
.....

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia conservativa e/o endodontica indicata nel presente modulo, 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.

....., / /20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

.....

Studio Odontoiatrico

Dott. X Y

Via

Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA IMPLANTARE OSTEOINTEGRATA

Sig. / Sig.ra

Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi:

Descrizione dell'intervento

Inserimento di una o più viti in titanio nell'osso mascellare o mandibolare per ottenere un valido supporto per protesi fissa o mobile. Nel Suo caso è prevista l'inserzione di :

.....
.....

Un impianto può necessitare di un secondo intervento dopo un periodo di tempo variabile, in funzione della metodica impiegata e delle condizioni dei tessuti biologici del paziente, prima di essere caricato con il manufatto protesico.

Durante la fase intraoperatoria, per ottimizzare il risultato estetico o per far rigenerare del tessuto osseo necessario ad una migliore stabilizzazione dell'impianto, potrebbe rendersi necessaria l'utilizzazione di membrane riassorbibili o non riassorbibili e/o di "osso sintetico" (osso bovino essiccato e deproteinizzato, idrossiapatite, derivati del corallo etc.). Sia le membrane che i sostituti ossei, se di origine organica, non possono in se' trasmettere in alcun modo malattie infettive.

Benefici dell'intervento

Possibilità di sostituire denti mancanti o di avere elementi stabilizzanti nelle protesi mobili.

Nel Suo caso :

.....
.....

Possibili alternative

Sono rappresentate dalla protesizzazione con ponti in lega metallica nobile e porcellana e/o protesi mobili parziali o totali in resina a seconda della situazione anatomico e funzionale individuale. Nel Suo caso :

.....
.....

Rischi dell'intervento

Sono relativi : all'impiego inevitabile di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici, (ove vi siano patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza); alla non frequente possibilità di insuccesso

dell'osteointegrazione per cause non prevedibili ; alla necessità di più' interventi nella stessa zona ; alla possibilità intraoperatoria di ricorrere all'inserimento di membrane riassorbibili o non riassorbibili a seconda delle necessità terapeutiche individuali, o all'utilizzo di osso sintetico (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo o della porcellana per citare alcuni dei "riempitivi" più' comuni) nell'evenienza che il sito implantare non offra garanzie di solidità sufficiente del supporto osseo ; alla lunghezza del periodo che intercorre tra inizio e fine terapia. Risultati estetici ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere.

Materiali impiegati

Vite in titanio.

Materiale di riempimento per difetti ossei (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo, derivati della porcellana).

Membrane riassorbibili e non riassorbibili.

Nel Suo caso :

.....
.....

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione od emorragia facilmente controllabili. L'impianto può non integrarsi e dare luogo a infezione nei primi mesi. Raramente si possono ledere strutture quali il nervo alveolare inferiore (che può provocare alterazione della sensibilità temporanea o permanente del labbro inferiore) o il seno mascellare (che può provocare sinusiti acute o croniche od infezioni acute).

Impegno con il medico curante

Le riabilitazioni protesiche su impianti osteointegrati necessitano di essere mantenute in un perfetto stato di igiene orale. Sono previste visite di controllo ogni 4 mesi nel primo anno ed ogni 6 mesi negli anni successivi. Il mancato rispetto delle suddette visite di controllo e delle relative manovre di igiene professionale sugli impianti può compromettere il risultato della riabilitazione.

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda")

.....
.....

Io sottoscritto/a dichiaro/a di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della chirurgia implantare osteointegrata indicata nel presente modulo, 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, dichiarandomi nel contempo disponibile alla esecuzione di quegli esami radiografici, tutti caratterizzati da bassa emissione di radiazioni, cui il medico curante riterrà opportuno io mi sottoponga.

....., / / 20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

.....

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

ISTRUZIONI DI COMPORTAMENTO DOPO ESECUZIONE DI CHIRURGIA IMPLANTARE

Sig. / Sig.ra
Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono le raccomandazioni generali successive al suo trattamento già oralmente espresse:

- Normalmente un intervento di chirurgia implantare non determina uno stress operatorio eccessivo; è comunque consigliabile non porsi alla guida immediatamente dopo l'esecuzione dell'intervento.
- Onde evitare l'insorgere di emorragie secondarie, si sconsiglia la pratica sportiva il giorno stesso dell'intervento.
- Applicare del ghiaccio sulla zona nelle ore successive all'intervento secondo le modalità consigliate.
- Fintanto che persiste l'anestesia (da 1 a 4 ore), è possibile mordersi, involontariamente, le guance e la lingua : si consiglia di riprendere l'alimentazione solo quando risulti scomparso l'effetto anestetico.
- Il giorno dell'intervento si consiglia di limitare l'alimentazione a cibi liquidi e freddi (succhi di frutta, yogurt, ecc.). Nei giorni seguenti evitare di masticare cibi duri sulla zona dell'impianto.
- Se l'area dell'intervento è coperta da un impacco parodontale, è necessario aver particolare riguardo, per tale zona, durante i pasti. Sia l'impacco che i punti di sutura devono rimanere in sede per almeno 5 giorni : in caso diverso contattare al più presto il Medico curante.
- Eccetto per la zona della ferita, si deve regolarmente procedere alla regolare igiene orale secondo le istruzioni fornite del proprio Dentista. Non utilizzare spazzolini elettrici ed idrogetto.
- Seguire scrupolosamente le prescrizioni farmacologiche consigliate.
- Evitare di masticare direttamente sulla zona dell'impianto anche nelle 2/3 settimane successive all'intervento. Se l'impianto si rende visibile, non toccatelo con le dita e non "giocare" con la lingua su di esso.
- Per qualunque dubbio o sospetto contattare immediatamente il Medico curante.

N.B. Per qualsiasi dubbio o problema rivolgersi al proprio dentista o al medico curante.

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver compreso le raccomandazioni successive all'intervento chirurgico.

....., / / 20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

.....

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE

Sig. / Sig.ra
Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi:

.....

Descrizione dell'intervento

Eliminazione di una patologia in atto attraverso un intervento chirurgico locale. Estrazione di uno o più denti inclusi o semi-inclusi; asportazione di piccole cisti, radici. Possibile apertura di un lembo di accesso e relativa sutura. Nel suo caso:

.....
.....
.....
.....

Benefici dell'intervento

L'avulsione di un elemento dentario si può rendere necessaria per evitare processi infiammatori, danneggiamento dei denti adiacenti o nel suo caso:

.....
.....
.....
.....

Rischi dell'intervento

Sono relativi : all'impiego *inevitabile* di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici ; all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti, a possibili lesioni ossee o parodontali. Si possono altresì ledere strutture quali il nervo alveolare inferiore (con susseguenti parestesie, anestesia, ecc.) o il seno mascellare.

Nel suo caso:

.....
.....
.....
.....

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infezione, infiammazione o emorragia facilmente controllabili. Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della

temperatura. Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

.....

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio dentista (allegate).

Possibili alternative

.....

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda")

.....
.....
.....

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver compreso lo scopo e la natura degli atti di chirurgia orale indicati nel presente modulo, 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.

....., / / 20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

.....

Studio Odontoiatrico

Dott. X Y

Via

Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO CHIRURGIA PARODONTALE E RIGENERATIVA

Sig. / Sig.ra

Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi:

.....
.....

Descrizione dell'intervento

Rimodellamento e/o rigenerazione dei tessuti di supporto del dente allo scopo di arrestare la perdita di gengiva e/o osso con rischio di perdita del dente. Nel suo caso:

.....

Benefici dell'intervento

Miglioramento della stabilità dei denti e della loro prognosi (permanenza in bocca) e dell'eventuale appoggio protesico successivo.

Nel suo caso:

.....
.....

Rischi dell'intervento

Sono relativi: all'impiego *inevitabile* di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; alla possibilità di lesioni ossee o parodontali; raramente aumento della mobilità fino alla perdita del dente.

Nel suo caso:

.....
.....

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere aumento della sensibilità dei denti, dolore (controllabile farmacologicamente), infezione, infiammazione (con gonfiore ed ecchimosi nella guancia e nelle zone adiacenti la sede dell'intervento) o emorragia (facilmente controllabile). Raramente si verifica una temporanea impotenza funzionale ed un rialzo della temperatura. Tutte le complicazioni immediate ed a distanza vengono notevolmente ridotte attenendosi scrupolosamente alle indicazioni dell'odontoiatra (allegate) ed attenendosi ai tempi consigliati per i controlli a distanza.

Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

.....
.....

Possibili alternative

.....
.....

Altre informazioni richieste dal paziente (scrivere le eventuali domande o la frase "Nessuna Domanda")

.....
.....

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver compreso lo scopo e la natura della **chirurgia parodontale e rigenerativa** indicata nel presente modulo, 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.

....., / / 20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

.....

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

ISTRUZIONI DI COMPORTAMENTO DOPO ESECUZIONE DI INTERVENTO DI CHIRURGIA ORALE E/O PARODONTALE

Sig. / Sig.ra
Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono le raccomandazioni generali successive al suo trattamento già oralmente espresse:

- Non sputare, non sciacquare per le due o tre ore successive;
- Non fumare, non assumere alcolici, non bere caffè per le 24 ore successive all'intervento;
- Parlare poco e non assumere bevande o cibi caldi o eccessivamente consistenti per le 24 ore successive;
- Possibilmente non guidare per lunghi tratti o andare in bicicletta nelle due ore successive all'intervento;
- Dopo le prime due ore lavarsi i denti evitando la zona interessata dove eventualmente si può sciacquare con prodotti specifici (clorexidina o altri);
- Rimuovere i tamponi (generalmente un'ora dopo l'intervento) e far rimuovere le suture nei tempi consigliati (generalmente 7-10 giorni dopo l'intervento)
- Fare attenzione a non mordersi le labbra o le guance sino al completo esaurimento degli effetti dell'anestesia.
- Applicare del ghiaccio sulla zona nelle ore successive all'intervento secondo le modalità consigliate
- Seguire scrupolosamente la terapia farmacologica e le cadenze fissate per i controlli.

N.B. Per qualsiasi dubbio o problema rivolgersi al proprio dentista o al medico curante.

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver compreso le raccomandazioni successive all'intervento chirurgico.

..... / /20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

.....

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI RIABILITAZIONE PROTETICA

Sig. / Sig.ra
Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi

.....

Descrizione dell'intervento

Sostituzione degli elementi dentari mancanti utilizzando ponti o corone (protesi fissa), apparecchiature rimovibili (protesi parziali o totali), faccette estetiche, per restituire la funzionalità, l'estetica e/o la capacità di resistere al carico masticatorio nel caso di denti compromessi da pregresse patologie.

Benefici dell'intervento

Possibilità di sostituire denti mancanti o di avere elementi stabilizzati con ripristino della funzione masticatoria e/o dell'estetica del sorriso.

Rischi dell'intervento

Sono relativi : all'impiego *inevitabile* di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; ; alla durata della terapia, a volte disagiata a causa della permanenza di protesi provvisorie i cui risultati estetici e funzionali possono non essere pienamente soddisfacenti. Risultati estetici e funzionali ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere, in particolare laddove il paziente non segua scrupolosamente i dettami di una corretta igiene orale, sia utilizzando le metodiche che il Medico curante indicherà come più opportune, sia sottoponendosi a controlli periodici tendenti a valutare la capacità di mantenimento igienico e la salute dei tessuti gengivali. Limitatamente alle protesi rimovibili, si segnala la possibilità di lesioni a carico degli elementi dentari su cui direttamente incidano ganci metallici.

Materiali impiegati

Resina acrilica e/o acetilica.

Leghe metalliche con percentuali variabili di elementi nobili (oro, argento, platino, ecc.).

Ceramica.

Acciaio.

Materiali d'impronta (alginati, siliconi, ecc.).

complicazioni

Durante alcune fasi, è possibile avere dolore, infezione, infiammazione e modeste emorragie facilmente controllabili. Alcuni elementi dentari potrebbero dover essere sottoposti a terapia canalare a seguito di una ipersensibilità secondaria alla riduzione, seppur limitata, dello spessore dello smalto od a motivo di una superficialità anatomica del nervo dell'elemento trattato. Rare complicanze gnatologiche (click articolari, indolenzimenti muscolari, cefalee, cervicalgie) sono talvolta susseguenti a trattamento protesico. Inoltre, eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es. : bolle

d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra.

altre informazioni richieste dal paziente

.....
.....
.....
.....

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura della **ricostruzione protesica** indicata nel presente modulo, 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.

....., / / 20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI PROTESI FISSA

Sig. / Sig.ra
Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi

Descrizione dell'intervento

Manufatti protesici di vario tipo, in appoggio sulla dentatura residua, verranno eseguiti ove necessario, in modo da restituire possibilmente una corretta funzione ed estetica alla bocca. Nel Suo caso :

.....
.....
.....
.....

Benefici dell'intervento

Attraverso l'apposizione di una protesi fissa, si cerca di ristabilire funzione, estetica e solidità ai settori interessati all'intervento. In particolare, nel Suo caso :

.....
.....
.....
.....

Rischi dell'intervento

Sono relativi : all'impiego *inevitabile* di anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui alcuni soggetti possono risultare particolarmente sensibili per allergie, patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza; a volte, si può rendere necessario devitalizzare uno o più elementi in relazione al sacrificio biologico di tessuto dentale; alla durata della terapia, a volte disagiata a causa della permanenza di protesi provvisorie. In particolare nel Suo caso :

.....
.....
.....
.....

Materiali impiegati

Lega metallica composta da :
ricoperta da :

Complicazioni

Una volta applicata la protesi, è necessaria una corretta igiene orale, per salvaguardare il sigillo a

livello gengivale. Inoltre eventuali imperfezioni tecniche del manufatto non visibili (es. : bolle d'aria nell'armatura o nella ceramica) non sono imputabili all'odontoiatra.

Possibili alternative

.....
.....

Altre informazioni richieste dal paziente

.....
.....
.....
.....

Io sottoscritt dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della ricostruzione protesica indicata nel presente modulo, 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.

....., / / 20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI PROTESI MOBILE

Sig. / Sig.ra
Via

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Diagnosi

Descrizione dell'intervento

.....
.....
.....

Protesi parziale : protesi rimovibile con appoggio dentale e mucoso.

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.

Rischi dell'intervento

L'appoggio mucoso può portare nel tempo ad un aumento del riassorbimento dell'osso alveolare.

Materiali impiegati

Lega metallica composta da :

Resina costituita da :

Altro :

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

.....
.....

.....
.....

Io sottoscritt dichiaro di essere stat informat e di aver
compreso lo scopo e la natura della **protesi mobile** indicata nel presente modulo, 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.

....., / / 20

Firma del Paziente

Firma del Medico

.....

Studio Odontoiatrico

Dott. X Y

Via

Tel.

Sig./Sig.ra.....

Il manufatto protesico che Le è stato applicato è un dispositivo medico su misura ed è stato realizzato dall'impresa odontotecnica che fornisce questo studio odontoiatrico, sulla base della prescrizione formulata per iscritto dallo studio medesimo e nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 46/97 (Direttiva C.E. 93/42).

Anche se la ricerca ha consentito di sviluppare materiali dentali di grande efficacia e sicurezza per la fabbricazione di protesi dentarie tali manufatti protesici non sono i ritrovati alternativi ai denti naturali, ma solo la soluzione sostitutiva in caso di loro mancanza.

Pertanto la protesi applicata provvede a restaurare il suo organo della masticazione senza tuttavia riportarlo alla funzione di un organo interno.

Al fine di consentirle un uso sicuro ed adeguato della sua protesi è opportuno che consideri attentamente le seguenti:

ISTRUZIONI DI UTILIZZO PER PROTESI FISSA

La protesi che Le è stata applicata va adeguatamente mantenuta e controllata periodicamente monitorandola ogni..... mesi; La sollecito quindi a richiedere appuntamento per tali operazioni.

L'igiene domiciliare che Le è stata insegnata va mantenuta scrupolosamente per poter consentire una buona durata alla protesi ed un corretto stato di salute al suo apparato masticatorio.

La protesi è stata costruita per una funzione masticatoria sostitutiva, non è adatta per carichi eccessivi o traumi violenti (schiacciare noci o torrone duro, aprire tappi, spezzare oggetti).

Nel caso si riscontrasse qualsiasi anomalia nella funzione masticatoria della protesi è necessario che si rechi presso questo studio per verifiche.

La protesi potrebbe necessitare di correzioni e controlli non appena applicata, per questo è corretto prevedere di potersi recare presso questo studio nei giorni successivi, per le opportune verifiche.

Ogni protesi, nei giorni successivi all'applicazione, può dare sensazioni o impressioni nuove. Siamo a disposizione per spiegazioni o suggerimenti utili ad un corretto e confortevole utilizzo.

Nel caso la protesi acquistasse strane colorazioni o desse strani sapori in bocca è pregato di comunicarlo al primo controllo presso questo studio, o telefonando.

Se Le è stata cementata definitivamente una protesi fissa eviti per alcune ore (2-4) di masticare per permettere al cemento un indurimento completo.

Se Le è stata cementata provvisoriamente una protesi fissa eviti per alcune ore (2-4) di masticare. Ogni mese contatti questo studio per il controllo della cementazione provvisoria.

Se sente fastidi quali: sensazione di mobilità della protesi, cattivi odori o sapori, dolore ai cibi o ai liquidi caldi e/o freddi, contatti questo studio evitando di masticare.

Se avverte problemi nella chiusura dei denti fra loro (la protesi tocca prima degli altri denti; fastidi durante la masticazione o altro) contatti questo studio.

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

Sig./Sig.ra.....

Il manufatto protesico che Le è stato applicato è un dispositivo medico su misura ed è stato realizzato dall'impresa odontotecnica che fornisce questo studio odontoiatrico, sulla base della prescrizione formulata per iscritto dallo studio medesimo e nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 46/97 (Direttiva C.E. 93/42).

Anche se la ricerca ha consentito di sviluppare materiali dentali di grande efficacia e sicurezza per la fabbricazione di protesi dentarie tali manufatti protesici non sono i ritrovati alternativi ai denti naturali, ma solo la soluzione sostitutiva in caso di loro mancanza.

Pertanto la protesi applicata provvede a restaurare il suo organo della masticazione senza tuttavia riportarlo alla funzione di un organo interno.

Al fine di consentirle un uso sicuro ed adeguato della sua protesi è opportuno che consideri attentamente le seguenti:

ISTRUZIONI DI UTILIZZO PER PROVVISORI FISSI

- ❖ La protesi che Le è stata applicata va adeguatamente mantenuta e controllata periodicamente monitorandola ogni..... mesi; La sollecito quindi a richiedere appuntamento per tali operazioni.
- ❖ L'igiene domiciliare che Le è stata insegnata va mantenuta scrupolosamente per poter consentire una buona durata alla protesi ed un corretto stato di salute al suo apparato masticatorio.
- ❖ La protesi è stata costruita per una funzione masticatoria sostitutiva, non è adatta per carichi eccessivi o traumi violenti (schiacciare noci o torrone duro, aprire tappi, spezzare oggetti).
- ❖ Nel caso si riscontrasse qualsiasi anomalia nella funzione masticatoria della protesi è necessario che si rechi presso questo studio per verifiche.
- ❖ La protesi potrebbe necessitare di correzioni e controlli non appena applicata, per questo è corretto prevedere di potersi recare presso questo studio nei giorni successivi, per le opportune verifiche.
- ❖ Ogni protesi, nei giorni successivi all'applicazione, può dare sensazioni o impressioni nuove. Siamo a disposizione per spiegazioni o suggerimenti utili ad un corretto e confortevole utilizzo.
- ❖ Nel caso la protesi acquistasse strane colorazioni o desse strani sapori in bocca è pregato di comunicarle al primo controllo presso questo studio, o telefonando.
- ❖ La protesi fissa applicata è provvisoria, e come tale destinata a rimanere nel cavo orale per il tempo che le è stato comunicato; non può rimanere in sicurezza pi a lungo.
- ❖ La protesi fissa provvisoria è adattata ad una funzione masticatoria normale e cauta, non è adatta per carichi eccessivi o traumi violenti.
- ❖ La cementazione utilizzata è volutamente morbida per permettere una rimozione comoda durante le cure. Eviti di masticare cibi troppo appiccicosi, gomme da masticare, caramelle gommosi, ecc.
- ❖ Verifiche giornaliere, e senza forza, che i provvisori siano inseriti muovendoli dolcemente con le dita ben pulite.
- ❖ Nel caso il provvisorio scendesse, telefoni a questo studio per la cementazione, comunicando quando e come è accaduta la decementazione.
- ❖ Nel caso non potesse farselo ricementare a breve, non lo tenga in bocca durante la masticazione, la notte, e comunque eviti il rischio di ingoiarlo conservandolo con cura e igiene, per poterlo ricementare quanto prima.

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

Sig./Sig.ra.....

Il manufatto protesico che Le è stato applicato è un dispositivo medico su misura ed è stato realizzato dall'impresa odontotecnica che fornisce questo studio odontoiatrico, sulla base della prescrizione formulata per iscritto dallo studio medesimo e nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 46/97 (Direttiva C.E. 93/42).

Anche se la ricerca ha consentito di sviluppare materiali dentali di grande efficacia e sicurezza per la fabbricazione di protesi dentarie tali manufatti protesici non sono i ritrovati alternativi ai denti naturali, ma solo la soluzione sostitutiva in caso di loro mancanza.

Pertanto la protesi applicata provvede a restaurare il suo organo della masticazione senza tuttavia riportarlo alla funzione di un organo interno.

Al fine di consentirle un uso sicuro ed adeguato della sua protesi è opportuno che consideri attentamente le seguenti:

ISTRUZIONI DI UTILIZZO PER PROVVISORI FISSI

- ❖ La protesi che Le è stata applicata va adeguatamente mantenuta e controllata periodicamente monitorandola ogni..... mesi; La sollecito quindi a richiedere appuntamento per tali operazioni.
- ❖ L'igiene domiciliare che Le è stata insegnata va mantenuta scrupolosamente per poter consentire una buona durata alla protesi ed un corretto stato di salute al suo apparato masticatorio.
- ❖ La protesi è stata costruita per una funzione masticatoria sostitutiva, non è adatta per carichi eccessivi o traumi violenti (schiacciare noci o torrone duro, aprire tappi, spezzare oggetti).
- ❖ Nel caso si riscontrasse qualsiasi anomalia nella funzione masticatoria della protesi è necessario che si rechi presso questo studio per verifiche.
- ❖ La protesi potrebbe necessitare di correzioni e controlli non appena applicata, per questo è corretto prevedere di potersi recare presso questo studio nei giorni successivi, per le opportune verifiche.
- ❖ Ogni protesi, nei giorni successivi all'applicazione, può dare sensazioni o impressioni nuove. Siamo a disposizione per spiegazioni o suggerimenti utili ad un corretto e confortevole utilizzo.
- ❖ Nel caso la protesi acquistasse strane colorazioni o desse strani sapori in bocca è pregato di comunicarlo al primo controllo presso questo studio, o telefonando.
- ❖ La protesi fissa applicata è provvisoria, e come tale destinata a rimanere nel cavo orale per il tempo che le è stato comunicato; non può rimanere in sicurezza più a lungo.
- ❖ La protesi fissa provvisoria è adattata ad una funzione masticatoria normale e cauta, non è adatta per carichi eccessivi o traumi violenti.
- ❖ La cementazione utilizzata è volutamente morbida per permettere una rimozione comoda durante le cure. Eviti di masticare cibi troppo appiccicosi, gomme da masticare, caramelle gommosi, ecc.
- ❖ Verifiche giornaliere, e senza forza, che i provvisori siano inseriti muovendoli dolcemente con le dita ben pulite.
- ❖ Nel caso il provvisorio scendesse, telefoni a questo studio per la cementazione, comunicando quando e come è accaduta la decementazione.
- ❖ Nel caso non potesse farselo ricementare a breve, non lo tenga in bocca durante la masticazione, la notte, e comunque eviti il rischio di ingoiarlo conservandolo con cura e igiene, per poterlo ricementare quanto prima.

Studio Odontoiatrico

Dott. X Y

Via

Tel.

Sig./Sig.ra.....

Il manufatto protesico che Le è stato applicato . un dispositivo medico su misura ed . stato realizzato dal l'impresa odontotecnica che fornisce questo studio odontoiatrico, sulla base della prescrizione formulata per iscritto dallo studio medesimo e nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 46/97 (Direttiva C.E. 93/42).

Anche se la ricerca ha consentito di sviluppare materiali dentali di grande efficacia e sicurezza per la fabbricazione di protesi dentarie tali manufatti protesici non sono i ritrovati alternativi ai denti naturali, ma solo la soluzione sostitutiva in caso di loro mancanza.

Pertanto la protesi applicata provvede a restaurare il suo organo della masticazione senza tuttavia riportarlo alla funzione di un organo interno.

Al fine di consentirle un uso sicuro ed adeguato della sua protesi . opportuno che consideri attentamente le seguenti:

ISTRUZIONI DI UTILIZZO PER PROTESI SCHELETRATA CON ATTACCHI

La protesi che Le . stata applicata va adeguatamente mantenuta e controllata periodicamente monitorandola ogni..... mesi; La sollecito quindi a richiedere appuntamento per tali operazioni.

L'igiene domiciliare che Le . stata insegnata va mantenuta scrupolosamente per poter consentire una buona durata alla protesi ed un corretto stato di salute al suo apparato masticatorio.

La protesi . stata costruita per una funzione masticatoria sostituiva, non . adatta per carichi eccessivi o traumi violenti (schiacciare noci o torrone duro, aprire tappi, spezzare oggetti).

Nel caso si riscontrasse qualsiasi anomalia nella funzione masticatoria della protesi . necessario che si rechi presso questo studio per verifiche.

La protesi potrebbe necessitare di correzioni e controlli non appena applicata, per questo . corretto prevedere di potersi recare presso questo studio nei giorni successivi, per le opportune verifiche.

Ogni protesi, nei giorni successivi all'applicazione, pu dare sensazioni o impressioni nuove. Siamo a disposizione per spiegazioni o suggerimenti utili ad un corretto e confortevole utilizzo.

Nel caso la protesi acquistasse strane colorazioni o desse strani sapori in bocca . pregato di comunicarlo al primo controllo presso questo studio, o telefonando.

La protesi appoggia su una gengiva umida e scivolosa senza denti infissi nell'osso; la forza masticatoria . ridotta e dovr. attendere alcune settimane per imparare a portare e a utilizzare la sua protesi totale.

Inizialmente avr. una sensazione di pienezza e una eccessiva salivazione che caleranno lentamente con il tempo e con l'abitudine.

Le eventuali difficoltà nel parlare diminuiranno velocemente facendo esercizi di lettura ad alta voce.

Non si aspetti di masticare con facilità ed efficienza immediatamente; dovete imparare ad usare la nuova protesi e ci richieder. tempo e pazienza. Alcuni imparano prima di altri.

La masticazione andr. migliorata gradualmente iniziando con cibi teneri e friabili posti

tra i denti posteriori, contemporaneamente a destra e a sinistra per aiutare la stabilità della protesi ed aumentare l'efficienza masticatoria

Nel caso si creassero sulle gengive delle piccole piaghe dovute all'appoggio della dentiera telefoni presso questo studio per gli opportuni ritocchi e non attenda inutilmente una guarigione che non arriverebbe.

La protesi totale inferiore può avere problemi di stabilità e ritenzione. Questo può essere dovuto ad una ridotta area di appoggio, all'inserzione dei muscoli o ad una posizione non appropriata della lingua.

Nel caso la protesi perdesse consistentemente in stabilità od in adesione rispetto alla prima applicazione, prenda appuntamento per il controllo o per la eventuale ribasatura periodica.

Esaminatesi periodicamente la bocca allo specchio, controllando le guance, la lingua, le gengive, il palato. Se osservate ferite o altri contatti questo studio quanto prima.

La protesi da togliere e da pulire dopo ogni pasto od ogni spuntino utilizzando uno spazzolino per protesi totale e del dentifricio o del normale sapone, sciacquando poi molto bene.

Nel lavare la protesi, ponga massima attenzione per non farla cadere. Il lavandino pieno d'acqua eviterà che si rompa cadendo.

La "pastiglie disinfettante", correttamente usata, agisce su di una protesi pulita eviti di utilizzarla inutilmente se la protesi non è ben spazzolata

Le resine di cui è composta la protesi **non** vanno pulite con solventi o abrasivi, o con spazzole metalliche.

In caso di rottura di un margine protesico telefoni presso questo studio per la riparazione e non utilizzi la protesi con margini taglienti.

Nel caso i denti fossero usurati chiami presso questo studio per la loro eventuale riparazione.

Nel caso si rompesse la protesi chiami questo studio per la riparazione, non utilizzi colle o resine che ne comprometterebbero l'integrità.

Calzi sempre lo scheletrato con le mani ben pulite, lo collochi nella sede sempre con le mani e mai schiacciando con i denti, verifichi che gli attacchi siano correttamente inseriti prima di utilizzarlo per la masticazione.

Nella protesi scheletrato con attacchi esiste un preciso asse di inserimento da rispettare nell'atto della collocazione in bocca e della rimozione. Errori di inserzione possono compromettere l'integrità della protesi.

Nel caso lo scheletrato non restasse ben inserito telefoni presso questo studio per la verifica degli attacchi.

Non stringa o allarghi mai gli attacchi per indurli o renderli più morbidi.

Non mangi senza lo scheletrato inserito; gli attacchi presenti in bocca potrebbero riempirsi di cibo non consentendo più l'inserzione dello scheletrato.

Se la protesi non viene utilizzata stenterà a calzare sugli attacchi di precisione, fino a non poter essere più utilizzata nel caso passino molti giorni.

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO ORTODONTICO

PAZIENTE
NATO/A il a.....
RESIDENTE

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento gi oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate come previsto dal nuovo Codice Deontologico.

Lo scopo di questo modulo . di avere il suo consenso al trattamento ortodontico dopo averle riassunto in forma scritta le informazioni, gi oralmente fornite in modo dettagliato nel corso della visita, relative alla terapia proposta ed ai problemi che potrebbero verificarsi durante e/o dopo l'esecuzione della stessa.

DIAGNOSI (cfr. Scheda seguente)

- OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Obiettivi del trattamento ortodontico sono: raggiungere un buon allineamento dentale ed un corretto rapporto tra le arcate nel rispetto dei tessuti molli e dell'articolazione temporo-mandibolare.

Per un favorevole svolgimento e successo della terapia il paziente deve impegnarsi a:

presentarsi agli appuntamenti prestabiliti

mantenere i denti ben puliti

portare gli apparecchi secondo i modi ed i tempi indicati seguendo attentamente le istruzioni date

comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'assetto dell'apparecchio (distacco di bande, di attacchi, ecc.)

seguire con scrupolo la fase di contenzione

- RISCHI DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Il trattamento ortodontico, come qualsiasi atto medico, presenta alcuni rischi che si possono verificare anche durante una terapia eseguita nel migliore dei modi.

L'ingombro per la presenza dell'apparecchiatura pu provocare, specialmente nelle fasi iniziali della terapia, disagi nella vita di relazione con difficult soprattutto nel mangiare e nel parlare.

La pressione sulle guance e sulle labbra pu determinare, nei primi giorni di applicazione dell'apparecchiatura, fastidio pi o meno intenso che scompare dopo la fase di adattamento.

Una sensazione dolorosa di varia entit pu presentarsi dopo 2-3 ore e per circa 2-3 giorni dopo ogni attivazione dell'apparecchiatura ortodontica.

Allergie non note ai materiali utilizzati (resine, nickel, ecc.) possono costringere alla interruzione del trattamento..

Il distacco o la rottura delle apparecchiature ortodontiche devono essere subito comunicate perché eventuali frammenti possono essere accidentalmente ingeriti o aspirati o ledere le gengive e le guance.

Carie, infiammazioni gengivali, decalcificazioni dei denti possono verificarsi se gli alimenti consumati contengono zucchero in quantit eccessiva e/o non si provvede ad una accurata e continua pulizia. Gli apparecchi ortodontici di per sé non provocano carie ai denti, o infiammazioni gengivali, ma a causa della loro presenza si ha un maggiore accumulo di placca batterica per cui è fondamentale osservare una scrupolosa igiene orale.

L'accorciamento delle radici dei denti si può verificare, in alcuni casi, durante il trattamento ortodontico. Di solito questo non comporta conseguenze, ma qualche volta pu costituire un problema con perdita di vitalità e notevole riduzione della durata nel tempo del dente o dei denti interessati da questo accorciamento.

La comparsa di dolori o rumori all'articolazione temporo-mandibolare dovranno essere immediatamente comunicati all'ortodontista. Tali disturbi possono presentarsi durante il trattamento ortodontico come in qualsiasi altro momento della vita. Il ruolo del contatto fra i denti non è chiaro non esistendo, al momento, prove scientifiche che ne indichino l'importanza per l'insorgenza di questa patologia.

Disallineamento. I denti possono presentare una tendenza a muoversi dopo l'allineamento ortodontico. L'uso scrupoloso dell'apparecchio di contenzione che le verrà consegnato a fine terapia diminuisce questo rischio. Vi possono essere, per, altre cause, al di fuori del controllo dell'ortodontista (deglutizione infantile, respirazione con la bocca, eruzione dei denti del giudizio, crescita scheletrica, abitudini viziate), che possono provocare cambiamenti anche profondi. Per queste ragioni la fase di contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare il più a lungo possibile.

L'estrazione dei denti del giudizio può rendersi necessaria, anche a distanza dalla fine del trattamento ortodontico, nel caso di mancanza di spazio per una corretta eruzione in arcata degli stessi.

Lesioni dello smalto dei denti possono raramente verificarsi durante lo smontaggio delle apparecchiature fisse al termine del trattamento.

Non sottoporsi al trattamento ortodontico potrebbe determinare uno o più dei seguenti inconvenienti:

- a) aggravamento della malocclusione esistente;
- b) turbe della masticazione e della digestione;
- c) affezioni della mucosa orale (infiammazioni gengivali, periodontiti, ecc.);
- d) compromissione dell'estetica del viso;
- e) alterazioni a carico dell'articolazione temporo-mandibolare.

Il trattamento può richiedere un periodo più lungo del previsto. Una crescita ossea in eccesso o in difetto, un ritardata eruzione dei denti permanenti, una scarsa igiene orale, il non portare per il numero di ore raccomandate gli eventuali dispositivi consegnati, la rottura degli apparecchi e i mancati appuntamenti possono prolungare il trattamento e comprometterne il risultato.

Si raccomanda di seguire scrupolosamente le istruzioni date per l'uso delle apparecchiature ortodontiche in quanto un incauto utilizzo delle stesse possono provocare anche gravi lesioni (viso, occhi, guance ecc.).

Il sottoscritto.....dichiara di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia ortodontica, di aver avuto tutte le ulteriori informazioni richieste sul piano di trattamento proposto e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso alla terapia ortodontica che mi è stata dettagliatamente illustrata e spiegata e a tutte le relative registrazioni necessarie (impronte, fotografie, radiografie).

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE

(o di chi esercita la patria potestà)

FIRMA DEI GENITORI

FIRMA DEL MEDICO

Studio Odontoiatrico
Dott. X Y
Via
Tel.

**DIAGNOSI - PIANO DI TRATTAMENTO – PREVENTIVO
DELLA TERAPIA ORTODONTICA**

PAZIENTE
NATO/A il a.....
RESIDENTE

A seguito dell'esame clinico e dello studio dei modelli in gesso, delle radiografie e del tracciato cefalometrico dichiaro che il paziente è affetto da:

.....
.....
.....

Per la correzione di tale malocclusione si consiglia il seguente trattamento ortodontico:

.....
.....
.....
.....

Durante il trattamento ortodontico saranno utilizzati i seguenti materiali:

Fili metallici composti da:.....
Attacchi costituiti da :.....
Bande composte da :.....
Resina :.....
Altro :.....

Il trattamento attivo avrà la durata di circa:.....

La contenzione avrà la durata di almeno:.....

Preventivo di spesa:

.....
.....
.....

Il sottoscritto, dopo essere stato dettagliatamente informato e quindi aver compreso la diagnosi e il piano di trattamento ortodontico indicato nel presente modulo, presta il suo assenso alle terapie che gli sono state illustrate.

Accetto, altresì, il preventivo di spesa con le modalità di pagamento formulatemi.

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEI GENITORI

.....

FIRMA DEL MEDICO

**IL SOTTOSCRITTO DA' NON DA' L'AUTORIZZAZIONE
ALL'UTILIZZO DELLE REGISTRAZIONI DIAGNOSTICHE PERSONALI
(IMPRONTE, FOTOGRAFIE, RADIOGRAFIE) PER SCOPI SCIENTIFICI E/O
DIDATTICI
(cancellare l'opzione che si vuole escludere)**

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEI GENITORI
(o di chi esercita la patria potestà)

MODULO DI CONSENSO PER TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare ... lo stato di salute...", ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini di diagnosi, cura, adempimento degli obblighi amministrativi e fiscali, nonché a scopi statistici.

Nome _____

Cognome _____

li ___ / ___ / ___

Firma leggibile _____

Informativa art. 10 legge 675/96 per il trattamento di dati sensibili

Gentile Signore/a desideriamo informarla che la legge n.675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, per i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 22 della legge 675/96).

Ai sensi dell'articolo 10 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Il trattamento che intendiamo effettuare:

- a) riguarda la categoria dei dati "sensibili" sanitari;
- b) ha le finalità di diagnosi di cura e di adempimento agli obblighi amministrativi e fiscali;
- c) sarà effettuato nella modalità manuale ed informatizzata;
- e) I dati verranno comunicati, solo nei casi strettamente necessari, al laboratorio odontotecnico, ai sostituti ed alle assistenti nonché per adempiere agli obblighi fiscali ed amministrativi, allo Studio Commerciale incaricato;

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

2. Il conferimento dei dati è obbligatorio e loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata esecuzione della prestazione.

3. Titolare del trattamento è il titolare dello Studio Dentistico Dott., con sede in(Rm) via..... Il responsabile del trattamento è il

Dott.

4. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 13 della legge 675/96, che per Sua comodità riproduciamo:

Diritti dell'interessato

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto:

- a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro di cui all'articolo 31, comma 1, lettera a), l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarlo;

b) di essere informato su quanto indicato all'articolo 7, comma 4, lettere a), b) e h);
c) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo:
la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano.
la cancellazione, la trasformazione di dati personali che lo riguardano.
l'aggiornamento di dati personali che lo riguardano.