

Piano di trattamento proposto

Alternative terapeutiche

Rischi in caso di mancato trattamento

Complicanze immediate o tardive prevedibili che potrebbero derivare dalle terapie da eseguire

Dopo aver compreso e sottoscritto quanto espresso ai punti precedenti,

il/la sottoscritto/a.....

DICHIARA

- di essere stato/a informato in maniera chiara ed esaustiva e di aver compreso lo scopo e la natura delle terapie proposte
- di essere stato edotto sulle possibili complicanze prevedibili che ne potrebbero derivare, elencate dettagliatamente nel presente modulo,
- di essere conscio dell'esistenza di complicanze non prevedibili legate alla biologia propria del paziente, essendo disposto a fronteggiarle se accadessero

Avendo compreso le caratteristiche essenziali del problema e le caratteristiche specifiche del mio caso, ho deciso di: (barrare la casella)

NON VOLERSI SOTTOPORRE ALLA TERAPIA PARODONTALE PROPOSTA

Data..... Firma.....

DI VOLERSI SOTTOPORRE ALLA TERAPIA PARODONTALE PROPOSTA, essendo stato/a informato in maniera chiara ed esaustiva, al fine del mantenimento a medio e lungo termine della salute orale, anche di fronte ad un successo del trattamento terapeutico, sulla importanza della scrupolosa attuazione di efficaci misure di igiene orale, non limitata alla ordinaria pulizia dei denti e della bocca con spazzolino e filo interdentale, ma estesa all'utilizzo di ulteriori presidi meccanici (spazzolino elettrico e idropulsore) e chimici (collutori e gel clorexidinici)

Data..... Firma.....