

# CONSENSO INFORMATO

## MODULO PERSONALIZZATO DI **CONSENSO INFORMATO** ALLE TERAPIE

Vengono riassunte in questo modulo le informazioni date al paziente a voce, al fine di ottenere il consenso informato in forma scritta

Paziente

CF:

Obiettività-Diagnosi

Piano di trattamento

Alternative terapeutiche

Rischi in caso di mancato trattamento

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

Il/la sottoscritto/a..... **RIFIUTA** le alternative terapeutiche di cui sopra e **ACCETTA** la possibilità che si verifichino complicanze anche non prevedibili oltre a quelle descritte, legate alla biologia del paziente

Firma.....

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
- di essere stato/a informato in maniera chiara ed esaustiva sulla importanza, al fine del mantenimento, a medio e lungo termine, del successo del trattamento terapeutico, 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)

### FORNISCE IL SUO CONSENSO

affinché il dottor ..... e/o i suoi collaboratori, operanti presso lo studio, prestino la loro opera.

COGNOME NOME ..... LUOGO ..... DATA .....

Firma leggibile .....