

## 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 :

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

.....  
.....

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 stat... informat.. 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.

Ravenna / /

Firma del paziente

Firma del medico

.....

.....