

Consenso implantologia.

Paziente:

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, così come previsto dal nuovo Codice Deontologico in vigore dall'anno 2014 (rtt. 33, 34, 35, 36, 37, 38 e 39).

Descrizione dell'intervento.

Il trattamento di implantologia consiste nell'inserimento di una o più viti in titanio nell'osso mascellare o mandibolare, così da ottenere un valido supporto per una protesi (fissa o mobile).

Gli impianti osteointegrati sono, sostanzialmente, dei sostituti artificiali delle radici dei denti. Una volta inseriti nell'osso, gli impianti si legano ad esso (fenomeno dell'osteointegrazione) e dopo un periodo variabile sono di norma in grado di supportare una protesi che ad essi venga collegata, allo scopo di restituire la funzionalità masticatoria e/o estetica andata perduta.

L'intervento chirurgico di inserzione dell'impianto può prevedere una procedura in una unica fase (così detta "a carico immediato") o in due fasi ("a carico differito"), a seconda della metodologia scelta in base alla specificità della singola fattispecie.

La terapia implantologica a carico immediato risulta meno invasiva rispetto alla implantologia a carico differito, svolgendosi in un'unica seduta o in due sedute molto ravvicinate nel tempo (2/3 giorni), mentre con l'implantologia a carico differito sono necessari tempi chirurgici più lunghi (alcuni mesi) ed un maggiore periodo di convalescenza. La tecnica "a carico immediato" consente l'applicazione di una protesi immediata – pur se provvisoria-, che garantisce ai pazienti l'immediata funzionalità masticatoria e estetica entro le successive 24/72 h.

In alcuni casi, la condizione dell'osso mandibolare così come verificata in sede chirurgica può rendere non percorribile la terapia a "carico immediato". In dette circostanze il "carico differito" resta l'unica scelta terapeutica possibile nell'alveo delle terapie implantologiche.

Fattori traumatici (fratture), granulomi, infezioni, patologie parodontali (piorrea), possono rendere necessaria la sostituzione immediata di un dente singolo o più elementi dentali, di una o entrambe le arcate dentarie. L'implantologia dentale a carico immediato consente al paziente di uscire dal nostro Studio con denti provvisori fissi sugli impianti appena posizionati.

Successivamente, le protesi provvisorie verranno sostituite con quelle definitive. Ciò avverrà senza che le funzioni estetico/masticatorie siano in alcun modo interrotte.

Fra le metodiche di implantologia a carico immediato, il Suo medico curante è specializzato nelle tecniche "all on four - all on six" (letteralmente: tutto su quattro, tutto su sei) che permettono di ripristinare l'arcata dentale posizionando soltanto quattro o sei impianti in siti ossei strategici, atti a garantire un'ottima risposta alle sollecitazioni masticatorie.

Il paziente potrà ottenere una protesi fissa provvisoria entro le 4-36 ore dall'intervento.

Nella tecnica "all on four - all on six", gli impianti utilizzati garantiscono, per forma e superficie, un'ideale stabilità strutturale e rapidi processi di guarigione ossea.

Per contro, il trattamento implantare a carico differito è suddiviso in due fasi: la fase chirurgica e la fase protesica.

L'inserimento degli impianti - prima fase chirurgica - consiste nel posizionamento di un adeguato numero di impianti in titanio nelle zone edentule delle ossa mascellari. Dopo l'inserimento i tessuti gengivali vengono suturati nella posizione corretta, in modo tale che gli impianti rimangano totalmente sommersi, o attorno alle viti di guarigione e/o abutments se già posizionati.

La prima fase chirurgica viene generalmente eseguita ambulatorialmente in anestesia locale, ma a richiesta del paziente o

del caso specifico, può essere effettuata in sedazione o in anestesia generale.

I punti di sutura vengono rimossi dopo 7 – 14 giorni. I pazienti totalmente edentuli non possono usare la vecchia protesi (dentiera o scheletrato) per 7-10 giorni dopo l'intervento.

La vecchia protesi deve comunque essere modificata e ribasata dal protesista prima di essere nuovamente indossata dopo l'intervento.

Per ottenere l'osteointegrazione dell'impianto è necessario un periodo di guarigione di circa 2-3 mesi nella mandibola e di 2-8 mesi nel mascellare superiore in funzione della qualità/quantità ossea e delle eventuali tecniche rigenerative/ricostruttive utilizzate. In casi particolari (osteoporosi, innesti ossei, atrofie delle ossa mascellari) il tempo di guarigione può essere più lungo (8 – 12 mesi).

Dopo il periodo di guarigione, se l'impianto è sommerso, viene eseguita la seconda fase chirurgica. Con questo intervento, più rapido e meno traumatico del primo, gli impianti vengono esposti nel cavo orale con viti di guarigione in titanio e ne viene accertata la stabilità. Alla fine della seconda fase chirurgica i tessuti gengivali vengono suturati attorno alle viti di guarigione.

I punti di sutura vengono rimossi dopo 7 – 14 giorni e la ricostruzione protesica solitamente inizia dopo circa 15 giorni.

In casi particolari, cioè quando l'osso delle arcate mascellari risulta particolarmente resistente così che l'impianto debba essere inserito con una forza torque superiore ai 30 N/cm, le due fasi chirurgiche sono eseguite nella medesima seduta. Quale che sia la metodologia prescelta, la procedura di inserzione degli impianti prevede:

- anestesia locale mediante iniezione di farmaci anestetici locali con o senza vasocostrittore, eventualmente associata a sedazione cosciente;
- incisione e scollamento dei tessuti molli, per consentire l'accesso all'osso sottostante;
- preparazione nell'osso dell'alloggiamento implantare;
- inserimento dell'impianto;
- applicazione dei punti di sutura.

Durante la fase intra-operatoria potrebbe essere necessario, in base alle caratteristiche anatomiche del sito chirurgico:

- modificare, rispetto a quanto programmato, il numero e/o la posizione degli impianti da inserire;
- 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 liofilizzato 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.

L'osteointegrazione degli impianti si verifica nella stragrande maggioranza dei casi: studi internazionali basati sulla valutazione scientifica e rigorosa di oltre 1.200.000 impianti, posizionati in 350.000 pazienti seguiti per un periodo di oltre 25 anni, hanno fornito percentuali medie di successo per ogni singolo impianto superiori al 90%.

Le alte percentuali di successo a lungo termine sono subordinate al rispetto di un adeguato programma di controlli periodici (annuali), associati a sedute (almeno semestrali) di igiene orale ed ablazione del tartaro.

Le ricerche internazionali hanno dimostrato che i forti fumatori (oltre 10 sigarette al giorno) presentano percentuali di successo inferiori (del 20% circa)

Benefici dell'intervento.

I benefici dell'intervento sono molteplici. Da un punto di vista clinico-funzionale, l'inserzione di impianti osteointegrati consente di ripristinare la piena funzionalità dell'apparato masticatorio, sostituendo, in modo stabile e duraturo, i denti mancanti o di avere elementi stabilizzanti nelle protesi mobili. Parallelamente, dal punto di vista meramente estetico, l'implanto-protesi consente di ricostituire una situazione conforme (o migliorativa) dello stato naturale, con evidenti benefici a cascata sulla vita socio-relazionale del paziente.

Alternative terapeutiche.

Possibili soluzioni alternative agli impianti osteointegrati sono:

1) Nessun trattamento:

E' essenziale essere a conoscenza del fatto che la perdita anche di un solo elemento dentario, oltre a danni immediati di carattere estetico e funzionale, comporta uno squilibrio a livello dell'apparato masticatorio, con conseguente migrazione e malfunzionamento degli elementi dentari residui.

2) Dentiere convenzionali:

In molti casi, in modo particolare nel mascellare inferiore, la stabilità delle dentiere è insufficiente a causa dell'atrofia (riassorbimento) dell'osso; le dentiere inoltre, trasmettendo il carico masticatorio direttamente sulla superficie ossea, provocano un lento e progressivo riassorbimento delle ossa mascellari. A lungo termine tale riassorbimento renderà più difficoltoso il trattamento mediante impianti osteointegrati.

3) Protesi parziali rimovibili ancorate a denti residui (scheletrati):

Gli scheletrati, inevitabilmente, trasmettono un ulteriore carico ai denti naturali residui ai quali si ancorano. Inoltre, come le dentiere, trasmettono direttamente il carico masticatorio alle selle edentule, accelerandone l'atrofia.

4) Ponti fissi ancorati a denti naturali:

Ponti fissi ancorati a denti naturali sono indicati solo quando il numero e le condizioni di salute paradontale e radicolare dei denti residui siano sufficienti a garantire la durata del tempo riabilitazione protesica. I ponti fissi comportano comunque la preparazione di denti naturali 'pilastro' tramite l'utilizzo di frese, con conseguente perdita di sostanza dentale. In caso di

perdita di un singolo elemento, con denti adiacenti sani, il trattamento con un impianto, che sostituisce il dente naturale mancante in luogo del tradizionale ponte a tre elementi, permette di evitare la fresatura dei due elementi dentari sani adiacenti. Rappresenta quindi una soluzione terapeutica decisamente più conservativa.

Rischi dell'intervento.

Sono relativi:

- Agli anestetici locali per uso odontoiatrico. Sono farmaci che messi a contatto o iniettati nei tessuti ne provocano la temporanea perdita di sensibilità. Nella pratica odontoiatrica sono largamente usati per qualunque manovra che preveda l'azione da parte del medico sui denti o sui tessuti orali che, notoriamente, sono molto sensibili. Come tutti i farmaci anche questi presentano alcune specifiche controindicazioni nei confronti di alcune patologie per lo più legate alle allergie, ai problemi cardio vascolari, alla pressione e ad altri.
- Molto spesso l'anestetico è associato ad un altro farmaco che si chiama adrenalina. Quest'ultimo svolge la funzione di vasocostrittore cioè impedisce al sangue di veicolare l'anestetico allungando la durata dell'effetto.
- Anche l'adrenalina presenta delle controindicazioni che devono essere valutate dal medico.

L'anestetico locale è uno dei farmaci più usati negli studi dentistici in tutto il mondo e la percentuale di sensibilità al prodotto è molto bassa ma nonostante ciò vi invitiamo ad essere molto scrupolosi nel dichiarare le vostre patologie. Per completezza desideriamo segnalare degli effetti transitori che potrebbero accompagnare l'iniezione di anestetico. Essi sono: sapore metallico, acufeni, vertigini, nausea, vomito, aumento della frequenza respiratoria, senso di calore, sudorazione, tachicardia.

- Il nostro Studio presta una particolare attenzione alle donne in gravidanza e nel periodo di allattamento. Vi chiediamo di dichiarare tempestivamente il vostro stato reale presunto.
- Portiamo alla conoscenza dei pazienti che anche l'iniezione di anestetico è da considerarsi un atto chirurgico ed in quanto tale può provocare ematomi, versamenti e prolungati intorpidimenti dei tessuti.
- Alla non frequente possibilità di insuccesso dell'osteointegrazione per cause non prevedibili (es. perimplantiti tardive); alla lesione del nervo alveolare inferiore o superiore; ad insuccessi precoci; all'inutilizzabilità degli impianti per varie cause non prevedibili (es. sede ectopica); agli esiti non prevedibili di patologie perimplantari non trattate (distruzione ossea, sinusite, cicatrice cutanea); al cattivo adattamento della struttura; alla frattura della parte estetica; ad alterazioni della filettatura interna; 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.
- Alla possibilità che i risultati dell'interpretazione degli esami diagnostici pre-operatori (radiografie, orto panoramiche, TAC, etc) siano difformi da quanto effettivamente rilevato in sede operatoria ed il medico debba repentinamente cambiare il percorso di cura senza avere la possibilità di preventivamente consultare il paziente sedato.
- **Risultati estetici ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere.**
- Durante l'eventuale seconda fase chirurgica (ove si sia optato per la metodologia "a carico differito"), a 1 – 6 mesi dall'intervento, a seguito della connessione con gli inserti protesici provvisori, ogni singolo impianto viene valutato radiograficamente e clinicamente per rilevarne la stabilità. Ogni impianto instabile, o che presenti segni radiografici di non corretta osteointegrazione, viene immediatamente rimosso.
- La maggior parte dei fallimenti (circa il 4% sul totale dei casi) per singolo impianto avviene immediatamente, quindi durante la guarigione o nella seconda fase chirurgica, o dopo i primi mesi di funzione masticatoria; fallimenti tardivi, cioè dopo la protesizzazione definitiva, sono estremamente rari (1%).
- La piccola cavità ossea che residua dopo il fallimento di un impianto, simile all'alveolo vuoto dopo un'estrazione dentale, guarisce in circa 2-3 mesi e può essere utilizzata per un nuovo impianto. Se vengono posizionati più impianti, il fallimento di un singolo elemento non comporta nella maggior parte dei casi l'insuccesso della protesi finale.

Materiali impiegati.

Vite in titanio. Materiale di riempimento per difetti ossei (osso bovino liofilizzato, idrossiapatite, derivati del corallo, derivati della porcellana, osso di banca, etc.). Membrane riassorbibili e non riassorbibili.

Possibili complicazioni.

Durante l'intervento possono insorgere varie tipologie di complicanze, legate alla natura chirurgica dell'operazione. Le più comuni sono emorragie, lesioni del nervo alveolare inferiore, comunicazione oroantrale, discolcazione di impianti nel seno mascellare e/o sinusiti.

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).

In caso di trascuratezza nell'applicazione delle necessarie manovre domiciliari di igiene orale, gli impianti, come i denti naturali, possono andare incontro a fenomeni di infiammazione causati da placca batterica e tartaro. Le infezioni batteriche non trattate (periimplantiti) possono progredire fino a comportare la perdita dell'impianto. Per prevenire questa complicanza

sono necessari controlli professionali periodici ed un'igiene domiciliare rigorosa.

Le protesi dentali definitive vengono fissate agli impianti con cemento o viti in metalli nobili: con il prolungato utilizzo e l'usura, le viti di fissazione delle protesi possono fratturarsi o svitarsi. In quest'ultimo caso devono essere immediatamente riavvitate per evitare danni alle componenti meccaniche. E' molto importante, quindi, che il paziente richieda immediatamente una visita di controllo dal protesista o dal chirurgo in caso di instabilità della protesi anche per usura del cemento. Le protesi definitive in pazienti totalmente edentuli possono comportare in alcuni casi cambiamenti di carattere estetico, fonetico e funzionale.

Necessità radiologica.

Oltre alle radiografie effettuate durante la visita anamnestica, durante il piano di cura implantoprotesico sarà necessario, onde valutare correttamente l'osteointegrazione e il decorso post-operatorio, sottoporre il paziente a radiografie di controllo.

All'interno dello Studio Dott. Riva vengono utilizzate unicamente macchine radiologiche all'avanguardia che assicurano un bassissimo carico di radiazioni per ogni singola lastra ed il personale preposto all'utilizzo di dette apparecchiature è dotato di tutte le competenze specifiche per operare nella massima sicurezza.

Possibili alternative alla radiologia

Nessun tipo di metodologia diagnostica può sostituire efficacemente l'esame radiologico in quanto allo stato questo è l'unico che consente una valutazione completa e profonda di tutte le componenti dell'apparato esaminato e delle loro interconnessioni. Altresì si sottolinea come l'esame radiologico può aiutare l'individuazione tempestiva di problematiche legate all'apparato esaminato che non siano direttamente connesse all'intervento odontoiatrico cui si sottoporrà (neoplasie ossee, ai tessuti molli etc...).

Impegno con il medico curante.

Le riabilitazioni protesiche su impianti necessitano di un necessario ed imprescindibile contributo attivo da parte del paziente, onde garantire la buona sorte dell'intera operazione. Il paziente è dunque chiamato a svolgere una diligente e metodica igiene orale domestica, in assenza della quale, il medico curante non sarà in grado di garantire il buon esito della riabilitazione.

Sono inoltre previste visite di controllo stabilite con l'odontoiatra in base alle necessità e i periodici richiami di igiene orale. Il mancato rispetto delle suddette visite di controllo e delle relative manovre di igiene professionale sugli impianti può compromettere il risultato della riabilitazione. E' altresì richiesto che il paziente si sottoponga, durante le visite di controllo predette, a valutazioni radiologiche, se ritenute necessarie, tale da permettere al medico curante di assumere una corretta visione d'insieme dell'apparato orale del paziente.

ISTRUZIONI PRE- E POST-OPERATORIE

La sera precedente l'intervento è necessario iniziare la terapia antibiotica prescritta dal chirurgo. La terapia antibiotica deve essere protratta nel post-intervento per un periodo variabile, che sarà indicato dal chirurgo.

Dal giorno prima e nei 7-10 giorni successivi all'intervento devono essere eseguiti 3 sciacqui al giorno secondo le modalità indicate dal chirurgo con Clorexidina allo 0,20% (nomi commerciali: Curasept, Corsodyl, Broxodin, Dentosan). Il collutorio deve essere usato puro e mantenuto in bocca per un minuto ogni otto ore.

L'applicazione della borsa del ghiaccio, per 10 minuti ogni ora durante la prima giornata, è molto importante per controllare il gonfiore post-operatorio.

Normalmente un intervento di chirurgia orale 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 consiglia di svolgere solo attività sedentarie nei 7 giorni successivi all'intervento: le attività fisiche pesanti aumentano la circolazione ematica e favoriscono il gonfiore ed il sanguinamento post-operatorio.

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.

Durante le ore immediatamente successive all'intervento evitare cibi caldi e solidi, 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'intervento. Il fumo e l'assunzione di alcolici sono stati associati a percentuali di successo inferiori ed a maggiori difficoltà di guarigione dei tessuti gengivali. Devono pertanto essere evitati o drasticamente ridotti almeno durante i 10 giorni successivi all'intervento.

Se l'area dell'intervento è coperta da un impacco parodontale, è necessario aver particolare riguardo, per tale zona, durante i pasti. Se l'impacco si rimuove, comunque, non è solitamente un problema.

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.

Il dolore, generalmente lieve e limitato alle poche ore successive all'intervento, viene agevolmente controllato dalla terapia antinfiammatoria prescritta. Può comunque essere necessario assumere un farmaco antinfiammatorio, antiedemigeno, antidolorifico, cortisonico. Non usare prodotti antidolorifici che contengano acido acetilsalicilico (Aspirina, Cemirit e altri) perché favoriscono il sanguinamento.

In molti casi si verifica, a distanza di due giorni, un rigonfiamento del viso nella zona interessata dall'intervento. Il gonfiore può essere anche notevole ed accompagnato da ematomi (lividi): è un fatto assolutamente normale che si verifica quando si eseguono interventi sulle ossa mascellari. Il gonfiore e gli ematomi si instaurano a 2-3 giorni dall'intervento e scompaiono

lentamente nell'arco di una settimana.

Nel post-operatorio si possono verificare piccole perdite di sangue nella zona dei punti di sutura. In questi casi è necessario esercitare una leggera pressione sulla parte introducendo in bocca un tampone di garza bagnata e serrando delicatamente le mascelle. Evitare di risciacquare la bocca a lungo, al fine di consentire la formazione di un adeguato coagulo. In casi molto rari di interventi alla mandibola, in vicinanza del nervo alveolare inferiore, possono residuare leggeri formicolii al mento e al labbro. Tali formicolii sono dovuti all'infiammazione post-operatoria del nervo alveolare inferiore e regrediscono lentamente.

Le vecchie dentiere o protesi mobili non possono essere usate nei giorni immediatamente successivi all'intervento. Prima di poter essere nuovamente inserite in bocca devono comunque essere ribasate ed adattate alla nuova situazione. L'inserimento precoce di una dentiera o di una protesi rimovibile può compromettere gravemente la guarigione dei tessuti gengivali.

Evitare di masticare direttamente sulla zona dell'intervento nelle 2/3 settimane successive.

Nel caso di intervento implantare, qualora l'impianto si rendesse visibile, non toccatelo con le dita e cercate di non sollecitarlo con la lingua.

Per ottenere un successo chirurgico stabile nel tempo è indispensabile che il paziente esegua un'adeguata pulizia quotidiana dei denti e si sottoponga a controlli periodici annuali ed a sedute semestrali di igiene orale ed ablazione del tartaro. Seguire scrupolosamente le prescrizioni farmacologiche consigliate.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA CHIRURGIA IMPLANTARE

Tanto valutato, discusso e chiarito, chiedo di essere sottoposto alla procedura chirurgia implantare osteointegrata che mi è stata proposta. A tale proposito DICHIARO che ho avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche della procedura che mi è stata proposta con il Dott. Mauro Riva, che mi ha esposto in termini a me pienamente comprensibili le tecniche attualmente disponibili per l'effettuazione di quanto da me valutato e accettato e tutte le alternative terapeutiche, inclusa la possibilità di non sottopormi a quanto propostomi e le eventuali conseguenze di quest' ultima opzione. Ho avuto ampia e dettagliata spiegazione dei rischi correlati specifici e generali.

Per ognuno dei rischi correlati mi è stata data spiegazione della frequenza con cui si possono verificare e delle eventuali terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi per il trattamento delle sopravvenute complicanze.

Successivamente alla mia visita con il Dott. Mauro Riva e/o suoi collaboratori ed alla discussione con lui, ho avuto tempo più che sufficiente per valutare adeguatamente e con tranquillità le informazioni ricevute, nonché i rischi ed i benefici della procedura a cui desidero sottopormi. In conseguenza di quanto dichiarato e del rapporto di piena fiducia instauratosi, autorizzo il dott. Mauro Riva ed i suoi collaboratori a procedere.

AUTORIZZO altresì il dott. Mauro Riva all' effettuazione di tutte le eventuali procedure e terapie di urgenza che, a suo giudizio, si dovessero rendere necessarie.

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, spiegato come da preventivo prodotto in datatitolato..... e da me consapevolmente sottoscritto.

Con la presente, DICHIARO di essere stato reso edotto sul tipo di intervento sui rischi e sulle eventuali complicanze di aver avuto il tempo di riflettere e scegliere di sottopormi alla rimozione chirurgica proposta. DICHIARO inoltre di seguire i consigli farmacologici e di igiene che mi verranno dati dallo studio e ACCETTO di sottopormi all'intervento propostomi come riportato nel preventivo prodotto in data titolato e da me consapevolmente sottoscritto.

Paziente:

Data

Firma del paziente

Dott. Mauro Riva
Direttore Sanitario

STUDIO MAURO RIVA

Strada Anulare, 5 - 20090 – Segrate San Felice (Mi) T. +39.02.7532554 F. +39.02.70305630 info@mauroriva.it www.mauroriva.it

STUDIO MAURO RIVA

Strada Anulare, 5 - 20090 – Segrate San Felice (Mi) T. +39.02.7532554 F. +39.02.70305630 info@mauroriva.it www.mauroriva.it

STUDIO MAURO RIVA

Strada Anulare, 5 - 20090 – Segrate San Felice (Mi) T. +39.02.7532554 F. +39.02.70305630 info@mauroriva.it www.mauroriva.it

STUDIO MAURO RIVA

Strada Anulare, 5 - 20090 – Segrate San Felice (Mi) T. +39.02.7532554 F. +39.02.70305630 info@mauroriva.it www.mauroriva.it