



Consenso informato
(ai sensi degli artt. 33, 34, 35 del Codice di Deontologia Medica 18/05/2014)

Gentile Paziente:.....

in questo modulo vengono riassunti i concetti già discussi nel corso della visita in modo da ottenere per iscritto il Suo consenso all' esecuzione delle terapie concordate poiché il consenso del paziente rappresenta il limite alla discrezionalità riconosciuta al sanitario nella scelta ed esecuzione delle cure.

Lo scopo della sottoscrizione del consenso è quindi di codificare e rendere più trasparente il rapporto paziente/odontoiatra, non pone limite alla libertà ed all'autonomia decisionale del paziente ma sottolinea il dovere dell'odontoiatra di porsi come obiettivo principale la salute del paziente, in ogni fase della terapia.

Ho preso visione dell'allegato piano di cure odontoiatriche e del relativo preventivo dei costi.

Mi è stato chiaramente spiegato che eventuali modifiche in corso di esecuzione mi verranno sottoposte, di volta in volta, per approvazione.

Ho compreso in modo chiaro le finalità del trattamento cui verrò sottoposto/a, le eventuali alternative terapeutiche percorribili nel mio caso specifico, gli eventuali rischi impliciti nel trattamento, le principali caratteristiche funzionali ed estetiche dei manufatti che mi verranno applicati.

Sono stato altresì informato che per la conservazione nel tempo di una buona salute dentale sono opportune sedute periodiche di controllo clinico/igieniche (secondo le istruzioni che ho ricevuto).

Sono consapevole del fatto che il risultato funzionale ed estetico del trattamento è strettamente dipendente dalle condizioni anatomiche del paziente.

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento indicato 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 come riportato nel preventivo prodotto in data titolatoe da me consapevolmente sottoscritto.

Paziente:

Data

Firma del paziente

Dott. Mauro Riva
Direttore Sanitario