

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLE CURE ODONTOIATRICHE

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Codice fiscale: _____

(Per i minori: dati e firma di chi esercita la responsabilità genitoriale)

Informazioni sulla prestazione proposta

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, in modo chiaro e comprensibile, su:

- diagnosi e natura del problema odontoiatrico riscontrato;
- finalità, modalità di esecuzione e durata indicativa del trattamento proposto;
- benefici attesi dal trattamento;
- possibili rischi, complicanze e disagi post-trattamento, anche se rari;
- eventuali alternative terapeutiche disponibili, comprese le conseguenze della scelta di non sottoporsi al trattamento;
- comportamenti da seguire prima, durante e dopo la prestazione.

Descrizione sintetica del trattamento proposto:

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver ricevuto tutte le informazioni sopra indicate in modo comprensibile;
- aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte esaurienti;
- essere consapevole che la pratica odontoiatrica, pur eseguita secondo le migliori conoscenze scientifiche, non può garantire risultati assoluti;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione del trattamento sopra descritto.

☐ Acconsento al trattamento proposto

☐ Non acconsento al trattamento proposto

Trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - GDPR), disponibile presso lo studio e sul sito www.studiozuppardi.com.

Firme

Luogo e data: _____

Firma del paziente (o di chi esercita la responsabilità genitoriale):

Firma del/della professionista:
