

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO IMPLANTOLOGICO

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per il trattamento implantologico, il Consenso Informato Generale già sottoscritto dal paziente.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Informazioni sul trattamento proposto

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

- l'intervento implantare consiste nell'inserimento chirurgico, all'interno dell'osso mascellare e/o mandibolare, di una o più viti in titanio (impianti) destinate a sostenere una protesi dentale;
- prima dell'intervento viene effettuata una valutazione clinica e radiografica per verificare la quantità e la qualità dell'osso disponibile;
- in alcuni casi può essere necessario un intervento preliminare di rigenerazione/innesto osseo o di rialzo del seno mascellare;
- il tempo di guarigione e di osteointegrazione varia da persona a persona e richiede generalmente alcuni mesi prima dell'applicazione della protesi definitiva;
- come ogni intervento chirurgico, la procedura comporta possibili rischi e complicanze, tra cui: gonfiore, dolore o ematomi nei giorni successivi, sanguinamento, infezione, mancata osteointegrazione dell'impianto, alterazioni transitorie della sensibilità di labbra, guance o lingua;
- il successo del trattamento dipende anche da una corretta igiene orale e dal rispetto dei controlli periodici programmati dallo studio;
- esistono alternative terapeutiche al trattamento implantare (es. protesi removibile, ponte dentale), delle quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti.

Descrizione sintetica dell'intervento programmato (numero e posizione degli impianti, eventuali interventi preliminari):

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver ricevuto tutte le informazioni sopra indicate in modo comprensibile e di aver potuto porre domande, ricevendo risposte esaurienti;
- essere consapevole che, pur con le migliori tecniche disponibili, non è possibile garantire un esito assoluto del trattamento implantologico;

- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio prima e dopo l'intervento e a presentarsi ai controlli programmati;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione dell'intervento implantologico sopra descritto.

■ Acconsento al trattamento implantologico proposto

■ Non acconsento al trattamento implantologico proposto

Firme

Luogo e data: _____

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

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349