

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO ORTODONTICO (APPARECCHIO FISSO E ALLINEATORI TRASPARENTI)

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per il trattamento ortodontico, il Consenso Informato Generale già sottoscritto dal paziente (o da chi esercita la responsabilità genitoriale, in caso di paziente minorenne).

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:

- il trattamento ortodontico ha lo scopo di correggere il posizionamento dei denti e/o le relazioni tra le arcate dentali, attraverso un apparecchio fisso (brackets e archi metallici) oppure mediante allineatori trasparenti rimovibili (es. Invisalign), secondo l'indicazione clinica;
- la scelta tra le diverse opzioni dipende dalla situazione clinica del/della paziente e viene effettuata dal Dottore dopo un'attenta valutazione, anche con l'ausilio di esami radiografici e impronte/scansioni digitali;
- la durata del trattamento varia in base alla complessità del caso e richiede generalmente controlli periodici per la regolazione dell'apparecchio o la sostituzione degli allineatori;
- nel caso degli allineatori trasparenti, il risultato dipende in larga misura dalla collaborazione del/della paziente, che deve indossarli per il numero di ore giornaliere indicato dal Dottore;
- come ogni trattamento odontoiatrico, comporta possibili rischi e fastidi, tra cui: indolenzimento o sensibilità dei denti nei primi giorni dopo l'applicazione o la sostituzione dei dispositivi, possibile irritazione di guance e labbra, necessità di un'igiene orale più accurata per prevenire carie e infiammazioni gengivali, in rari casi riassorbimento radicolare o recessioni gengivali;
- al termine del trattamento attivo è generalmente necessario l'utilizzo di dispositivi di contenzione per mantenere il risultato ottenuto nel tempo;
- il mancato rispetto delle indicazioni fornite (uso degli allineatori, igiene, presentazione ai controlli) può compromettere il risultato e prolungare i tempi del trattamento.

Descrizione sintetica del trattamento programmato (tipologia di apparecchio, durata indicativa):

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 né tempi di trattamento prestabiliti in modo definitivo;

- impegnarsi a seguire le indicazioni fornite dallo studio, a mantenere un'igiene orale accurata e a presentarsi ai controlli periodici programmati;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'esecuzione del trattamento ortodontico sopra descritto.

■ Acconsento al trattamento proposto

■ Non acconsento al trattamento proposto

Firme

Luogo e data: _____

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

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349