

CONSENSO INFORMATO ALL'OZONOTERAPIA IN AMBITO ODONTOIATRICO

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo integra, per l'utilizzo dell'ozonoterapia come supporto ad altri trattamenti odontoiatrici, il Consenso Informato Generale già sottoscritto dal/dalla 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'ozonoterapia consiste nell'applicazione locale di ozono (in forma gassosa, liquida o oleosa) con finalità di supporto, ad esempio per favorire l'azione antimicrobica in alcune fasi di trattamenti conservativi, parodontali o di chirurgia orale, su indicazione del Dottore;
- l'ozonoterapia viene proposta come complemento alle terapie odontoiatriche convenzionali e non le sostituisce: la sua efficacia, secondo le evidenze scientifiche disponibili, può variare a seconda del caso clinico;
- la procedura è generalmente indolore e ben tollerata, ma in alcuni soggetti può comportare lievi e transitori fastidi locali, sensazione di gusto o odore particolare, secchezza delle mucose;
- in soggetti con specifiche condizioni di salute (es. patologie respiratorie, favismo, ipertiroidismo, gravidanza) l'utilizzo dell'ozono richiede una valutazione preliminare e potrebbe non essere indicato: il/la paziente dichiara di aver riferito al Dottore eventuali condizioni rilevanti della propria storia clinica;
- esistono trattamenti alternativi o complementari, dei quali il/la paziente dichiara di essere stato/a informato/a insieme ai relativi vantaggi e limiti.

Descrizione sintetica dell'utilizzo previsto (ambito di applicazione, trattamento di supporto):

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;
- aver riferito al Dottore in modo completo e veritiero la propria storia clinica e le eventuali condizioni di salute rilevanti;
- essere consapevole che l'ozonoterapia è un trattamento di supporto e non sostitutivo delle terapie odontoiatriche convenzionali;
- esprimere il proprio consenso libero e informato all'utilizzo dell'ozonoterapia nell'ambito del trattamento sopra descritto.

- Acconsento all'utilizzo dell'ozonoterapia
 - Non acconsento all'utilizzo dell'ozonoterapia
-

Firme

Luogo e data: _____

Firma del paziente: _____

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349