

MODULO DI FINE CURA / CONCLUSIONE DEL PIANO DI TRATTAMENTO

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Questo modulo attesta la conclusione del piano di trattamento concordato e riepiloga le indicazioni per il mantenimento del risultato ottenuto nel tempo.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Riepilogo del trattamento concluso

Descrizione sintetica del piano di trattamento portato a termine:

Data di inizio: ____ / ____ / ____ Data di conclusione: ____ / ____ / ____

Informazioni sul mantenimento del risultato

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

- la conclusione del piano di trattamento non esaurisce la necessità di prendersi cura della propria salute orale: il mantenimento dei risultati ottenuti dipende da un'igiene orale quotidiana accurata e da uno stile di vita attento alla prevenzione;
- è raccomandato sottoporsi a controlli periodici e a sedute di igiene professionale, con cadenza indicata dal Dottore in base alla situazione individuale, per individuare tempestivamente eventuali nuove problematiche;
- in presenza di sintomi, fastidi o variazioni rispetto alla situazione attuale, è opportuno contattare lo studio senza attendere la scadenza del controllo programmato.

Prossimo controllo consigliato (data/periodicità): _____

Dichiarazione

Il/la sottoscritto/a prende atto della conclusione del piano di trattamento sopra descritto e delle indicazioni fornite per il mantenimento del risultato nel tempo.

Firme

Luogo e data: _____

Firma del paziente: _____

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349