

MODULO DI PRESA D'ATTO PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLE CURE ORTODONTICHE

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Questo modulo viene proposto al/alla paziente (o a chi esercita la responsabilità genitoriale, in caso di paziente minorenne) che esprima la volontà di interrompere, prima della sua naturale conclusione, un percorso di trattamento ortodontico in corso. Ha lo scopo di documentare che le conseguenze di tale scelta sono state spiegate in modo chiaro e comprensibile.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / _____

Trattamento ortodontico in corso (tipologia, data di inizio, fase raggiunta):

Informazioni sulle conseguenze dell'interruzione

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, in modo chiaro e comprensibile, che l'interruzione del trattamento ortodontico prima del suo completamento può comportare le seguenti conseguenze:

- **vanificazione, totale o parziale, dei risultati raggiunti fino a questo momento:** i denti possono tendere a ritornare gradualmente verso la posizione originaria (recidiva), riducendo o annullando i miglioramenti ottenuti;
- **possibile peggioramento della situazione di partenza:** in alcune fasi del trattamento, l'interruzione può lasciare i denti in una posizione intermedia meno favorevole rispetto a quella iniziale, anche dal punto di vista funzionale (masticazione, occlusione) ed estetico;
- **necessità di un nuovo percorso di valutazione e cura:** un'eventuale ripresa futura del trattamento richiederebbe una nuova visita, una nuova diagnosi e, verosimilmente, un nuovo piano terapeutico, con tempi e modalità che potrebbero differire da quelli del percorso iniziale;
- **maggiore difficoltà nel raggiungere il risultato inizialmente previsto:** il tempo trascorso e gli eventuali spostamenti dentali intervenuti possono rendere più complesso, e in alcuni casi non più possibile, ottenere il risultato che il piano originario si proponeva;
- **decadenza del piano di trattamento concordato:** il piano terapeutico originario, basato sulla diagnosi e sulla pianificazione iniziali, perde validità nel momento in cui il percorso viene interrotto e le condizioni cliniche si modificano nel tempo.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che:

- prima di procedere con l'interruzione, può richiedere un colloquio con il Dottore per discutere le motivazioni della propria scelta e valutare eventuali soluzioni alternative;
 - resta comunque libero/a di decidere in autonomia, dopo aver ricevuto le informazioni sopra indicate.
-

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver ricevuto e compreso le informazioni sopra indicate relative alle conseguenze dell'interruzione del trattamento ortodontico in corso;
- aver avuto la possibilità di porre domande, ricevendo risposte esaurienti;
- esprimere, in piena libertà e consapevolezza, la propria volontà di interrompere il trattamento ortodontico in corso.

■ Confermo la volontà di interrompere il trattamento

■ Dopo le informazioni ricevute, desidero proseguire il trattamento

Eventuali motivazioni indicate dal/dalla paziente (facoltativo):

Firme

Luogo e data: _____

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

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349