

MODULO DI CONSENSO E ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO

Io sottoscritto.....nato a.....residente a.....

Dichiaro che in data odierna.....è stato sottoposto alla mia attenzione e chiaramente motivato il piano di cura relativo al trattamento odontoiatrico

a cui dovrò essere sottoposto stanti le mie attuali condizioni orali; esso comprende:.....

Tali prestazioni potrebbero presentare dei disagi e stati di inabilità temporanea e comportare l'utilizzo di appropriate terapie farmacologiche tra le quali:.....

.....

.....

Mi è stato inoltre comunicato il costo del trattamento sopra indicato che ammonta a Lire.....

e che dovrà essere liquidato nel seguente modo.....

.....

Eventuali variazioni al piano di cura e al relativo preventivo di spesa dovranno essere concordate e annotate nel presente foglio notizie.

Sono al corrente anche che se si vuole raggiungere il massimo risultato con il minimo spreco di tempo e di denaro il paziente deve:

- presentarsi puntualmente agli appuntamenti;
- mantenere una corretta igiene orale, seguire una dieta adatta e seguire le disposizioni dell'odontoiatra curante;
- comunicare la sua eventuale decisione di interrompere la cura al fine di definire i provvedimenti amministrativi che ne derivano;

Si precisa che i dati raccolti relativi al paziente (foto, lastre, modelli ecc.) possono essere utilizzati a fini scientifici, mantenendo salde le garanzie di anonimato e segreto professionale, in accordo con le norme dell'articolo 622 CP e Legge 675/96 sulla privacy.

Il trattamento prevede anche delle visite periodiche di controllo da effettuarsi ogni.....al fine di mantenere nel tempo la validità dei risultati ottenuti.

Dichiaro di aver capito e di essere stato sufficientemente informato in ragione della terapia che dovrò effettuare.

Per tale ragione

AUTORIZZO il dottor.....a sottopormi alle terapie prospettate.

Firma del paziente

Firma del genitore e/o tutore

Firma dell'odontoiatra

.....

.....

.....

Città,