

IL CONSENSO INFORMATO Studio Odontoiatrico

.....
Studio Odontoiatrico Dr. _____

Via _____

Tel. _____

Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO a prestazione sanitaria

Sig./ Sig.ra _____

Via _____

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita odontoiatrica effettuata e si forniscono le informazioni atte ad acquisire, o meno, il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti terapeutici ritenuti necessari, e, comunque, già verbalmente illustrati

• **Situazione obiettiva riscontrata nella visita:**

• **Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e delle eventuali alternative, e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:**

• **Tecniche e/o materiali impiegati:**

• **Benefici derivanti:**

• **Rischi derivanti:**

• **Eventuali complicazioni ed esiti:**

• **Comportamenti da seguire per evitare complicazioni successive all'atto medico:**

• **Altre informazioni:**

Il sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e soprascritte relative al proprio stato di salute e di aver compreso termini e modalità dell'intervento diagnostico/terapeutico proposto dall'odontoiatra, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo.

Sulla base di quanto sopra formula pertanto il proprio (1) _____ all'effettuazione delle terapie illustrate ed indicate.

(1) scrivere: "consenso" o "diniego"

Padova, _____

(firma del cittadino o di chi ne fa legalmente
le veci nei casi espressamente previsti da legge
o dal Codice di Deontologia)

(firma dell'odontoiatra)