

CONSENSO INFORMATO

In questo modulo vengono riassunti i concetti già discussi nel corso della visita, in modo da ottenere per iscritto il Suo consenso informato alla esecuzione delle terapie concordate poiché **il consenso del paziente rappresenta il limite alla discrezionalità riconosciuta al sanitario nella scelta ed esecuzione delle cure.** Lo scopo della sottoscrizione del consenso è quindi di codificare e rendere più trasparente il rapporto paziente/odontoiatra, **non pone limiti alla libertà ed all' autonomia decisionale del paziente** ma sottolinea il dovere dell' odontoiatra di porsi come obbiettivo principale, in ogni fase della terapia, la salute del paziente.

L' informazione mi è stata resa dal Dottor

.....

1. Ho preso visione dell' allegato piano di cure odontoiatriche e del relativo preventivo dei costi.
2. In particolare mi è stato chiaramente spiegato che eventuali modifiche in corso di esecuzione mi verranno sottoposte, di volta in volta, per approvazione.
3. Ho chiaramente compreso la finalità del trattamento cui verrò sottoposto/a, le eventuali alternative terapeutiche percorribili nel mio caso, i rischi impliciti nel trattamento, le principali caratteristiche funzionali ed estetiche dei manufatti che mi verranno applicati.
4. Sono stato altresì informato che per la conservazione nel tempo di una buona salute dentale sono opportune sedute periodiche di controllo clinico/igiene (secondo le istruzioni che ho ricevuto).

Castelfranco Emilia, il.....

Firma del paziente o del legale rappresentante.....