



CLINICA CASTELFRANCO EMILIA  
Via Dalla Vacca,43  
Tel: 059 920243

CLINICA BOLOGNA  
Via Monterumici,40  
Tel: 051 0063417

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE  
E CONSENSO INFORMATO  
PER PRESTAZIONE DI IGIENE ORALE**

Sig./Sig.ra.....

Gentile paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere, anche per iscritto, il suo assenso alla esecuzione della terapia.

**DESCRIZIONE:**

- Eliminazione del tartaro sopragengivale tramite strumento ad ultrasuoni
- Eliminazione del tartaro sopragengivale tramite strumento manuale

**BENEFICI DELL'INTERVENTO:**

L'avulsione del tartaro contribuisce in maniera determinante all'abbassamento della carica batterica, decontaminazione delle tasche parodontali, contribuisce alla cura della malattia parodontale, unitamente all'igiene domiciliari.

**RISCHI DELL'INTERVENTO:**

Sono relativi: alla possibilità di traumi delle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; a possibili lesioni parodontali; aumento della sensibilità dentale per esposizione delle radici attualmente coperte dal tartaro; apparenza del dente "più lungo" esteticamente; mobilità degli elementi dentali.

**COMPLICAZIONI:**

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infiammazione o emorragia facilmente controllabili. Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio Igienista Dentale.

Io sottoscritto/a .....dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura degli atti di igiene orale indicati nel presente modulo, e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare. Presto partendo il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Castelfranco Emilia, .....

Il paziente/ la paziente (o legale rappresentante).....

Igienista Dentale.....

.