



Studio Odontoiatrico

Piazza Matteotti, 2 80053
Castellammare di Stabia (NA)

Tel. 081.8712242 081.8711439

Dott. Alberto Coccia

www.albertococcia.it
info@dentistacoccia.it

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO 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 delle terapie preventivate.

Diagnosi:

Descrizione dell'intervento

Eliminazione del tartaro sopra gengivale tramite strumento ad ultrasuoni o manuale.

Eliminazione del tartaro sotto gengivale tramite strumentazione manuale; sondaggio parodontale, decontaminazione delle tasche parodontali, sigillatura dei solchi, applicazione di fluoro, applicazione di lacche desensibilizzanti, sbiancamento degli elementi dentali.

Nel suo caso:

.....
.....

Benefici dell'intervento

L'avulsione del tartaro contribuisce in maniera determinante all'abbassamento della carica batterica, la decontaminazione delle tasche parodontali contribuisce alla cura della malattia parodontale, unitamente all'igiene domiciliare; la sigillatura dei solchi, unitamente all'igiene domiciliare, contribuisce all'abbassamento delle probabilità di incidenza della carie nelle zone trattate.

Rischi dell'intervento

Sono relativi : alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici; a possibili lesioni parodontali; aumento della sensibilità dentale per esposizione delle radici attualmente coperte dal tartaro.

Complicazioni

Dopo l'intervento è possibile avere dolore, infiammazione o emorragia facilmente controllabili.

Nel suo caso vi possono essere i seguenti rischi specifici:

.....
.....

Le complicazioni si riducono notevolmente seguendo scrupolosamente le indicazioni del proprio Odontoiatra/ Igienista Dentale.

Possibili alternative

.....
.....

Altre informazioni richieste dal paziente ("Nessuna Domanda")

.....
.....

Io sottoscritto/adichiaro 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 pertanto il mio assenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Li,

il,

La/Il Paziente.....

dr Alberto. Coccia