

STUDIO MEDICO DENTISTICO  
DOTT. ALBERTO MOTTA  
Dottore specialista in odontoiatria e protesi dentali

Via Cavallotti, 135 -20900 Monza  
Tel./ Fax 039 740012

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO  
DI: CHIRURGIA ORALE

Sig. / Sig.ra ..... nato/a il..... a .....

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

TIPO DI INTERVENTO

.....  
.....

DESCRIZIONE SPECIFICA DELL'INTERVENTO

.....  
.....

BENEFICI GENERICI

Eliminazione di una situazione patologica in atto ed eliminazione dei sintomi ad essa associati: dolore, gonfiore, febbre.

BENEFICI SPECIFICI

.....  
.....

RISCHI ASSOCIATI

.....  
.....

CARATTERISTICHE DEI MATERIALI ( ove utilizzati)

.....  
.....

COMPLICAZIONI GENERICHE

Sono legate all'intervento chirurgico ovvero infezione, infiammazione, dolore, emorragia, di norma controllabili a domicilio secondo le istruzioni fornite dal medico.  
È possibile un leggero stato febbrile.

COMPLICAZIONI SPECIFICHE

.....  
.....

ALTERNATIVE

.....  
.....

ALTRE INFORMAZIONI SU RICHIESTA DEL PAZIENTE

.....  
.....

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di essere stato/a informato/a e di avere compreso lo scopo e la natura dell'intervento di chirurgia orale indicata nel presente modulo in oggetto e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connessa predetto intervento. Presto pertanto il mio consenso all'intervento che mi è stato illustrato e spiegato.

Monza, lí .....

FIRMA DEL MEDICO .....

FIRMA DEL PAZIENTE (o del legale rappresentante) .....