

**STUDIO DENTISTICO CASTELLI**

**Viale delle Nazioni, 117/b**

**Marina di Ravenna (RA)**

**Te1.0544-531804**

**Il consenso del paziente rappresenta il limite alla discrezionalità riconosciuta al sanitario nella scelta ed esecuzione delle cure.**

**Pertanto verranno riassunti i concetti già discussi nel corso della visita, in modo da ottenere per iscritto il suo consenso alla esecuzione delle terapie concordate.**

**Lo scopo della sottoscrizione del consenso è di rendere più trasparente il rapporto paziente e odontoiatra, non pone limite alla libertà ed all'autonomia decisionale del paziente ma sottolinea il dovere dell'odontoiatra di porsi come obiettivo principale, in ogni fase della terapia, la salute del paziente.**

**Consenso informato per la terapia odontostomatologica (art.40 nuovo codice di deontologia medica)**

**Io sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....  
residente in via.....n°..... a.....(.....)**

**\_ dichiaro di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile sulla situazione clinica rilevata nel mio cavo orale, sulle necessità ed indicazioni delle terapie proposte, sui sistemi di trattamento, sul tipo di farmaci e materiali che devono essere impiegati e sui risultati clinici che si possono raggiungere;**

**\_ ho chiaramente compreso le finalità del trattamento cui verrò sottoposto, 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;**

**\_ in particolare sono stato informato in modo chiaro e comprensibile sui possibili rischi e/o vantaggi immediati e futuri che possono derivare dall'esecuzione o dalla rinuncia della terapia suggerita;**

**\_ dichiaro inoltre di essere stato ben informato che non sempre i risultati immediati o a distanza corrispondono alle aspettative, che possono insorgere complicanze, e che si possono verificare situazioni nuove od impreviste nel corso del trattamento, che potrebbero imporre variazioni alle cure programmate ed ai costi relativi;**

**\_ sono stato altresì informato dell'importanza di segnalare le condizioni del mio stato generale di salute e le possibili variazioni durante il trattamento;**

**\_ dichiaro infine di aver compreso che la collaborazione del paziente è indispensabile al raggiungimento ad al mantenimento dei risultati conseguibili e che per la conservazione nel tempo di una buona salute del cavo orale sono opportune sedute periodiche di controllo ed igiene.**

**Si rende noto al pz che lo studio Castelli è assicurato con Italiana assicurazioni per la responsabilità professionale con un massimale di euro settecentosettancinquemila.**

**Firma per accettazione del piano di trattamento:**

**Marina di Ravenna, lì.....**

**firma paziente .....**

**firma medico.....**