

## Dichiarazione di ricevuta informazione a intervento di Implantoprotesi

Sono stato informato dal titolare dello studio della natura e degli scopi del l'intervento implantoprotesico idoneo alla soluzione del mio caso:

- a) In particolar modo ho compreso che si tratta di un intervento mediante il quale verranno infisse nel mio osso delle strutture artificiali destinate a rimanervi (Viti, Cilindri) sulle quali verrà successivamente costruita una protesi fissa , o fissata con viti , o con attacchi di teflon o gomme. Ciò come ben descritto e raffigurato nel contenuto del CD-ROM consegnatomi in sede di prima visita.
- b) Ho compreso che lo scopo del trattamento implantoprotesico è di consentire l'applicazione di una protesi di tipo fisso o di fare da ritenzione ad una protesi mobile in modo da renderla maggiormente stabile.
- c) **Per i candidati alla protesi Fissa** :Mi sono state mostrate le possibili alternative a questa metodica. In particolare mi è stato spiegato che senza questo particolare trattamento non potrà essere applicata una protesi fissa , ovvero che questa potrebbe essere fissata sui miei denti pilastro , cosa che non ho voluto accettare. **Per i candidati alla protesi mobile** : mi è stato spiegato che senza l'implantologia la mia protesi mobile potrebbe avere una scarsa stabilità, rendendo difficoltosa la funzione masticatoria, fonatoria e le normali relazioni personali.
- d) Sono stato informato che trattandosi di un intervento chirurgico, sarà necessario praticare l'anestesia locale i cui effetti mi son stati chiariti e mi è stato altresì spiegato che il decorso post operatorio può comportare dei disagi come dolore, gonfiore, difficoltà ad aprire la bocca e a deglutire, per i quali non è possibile prevedere la durata trattandosi di reazioni individuali ma che di norma sono ben controllati dalla terapia antiinfiammatoria con FANS, cortisonici e eventualmente antibiotica che viene prescritta . Raramente possono verificarsi turbe della sensibilità di cui non è possibile prevedere la durata e che talvolta sono irreversibili.
- e) Sono stato informato che , come in tutti gli interventi chirurgici , sono possibili imprevisti o complicanze o che in presenza di infiammazione o infezione l'impianto dovrà essere tempestivamente rimosso con rifacimento dell'intervento in un tempo successivo
- f) Mi è stato spiegato che la percentuale di successo della terapia Implantoprotesica a 10 anni, descritta in letteratura è variabile tra il 90% e 95% e che quindi la percentuale di insuccesso , a 10 anni varia dal 5% al 10%.
- g) Ho compreso che l'estetica in alcuni casi particolari, specialmente per i denti anteriori , dove vi è poco osso , possa non essere soddisfacente
- h) Mi è stato ben spiegato che il fumo, il bruxismo, la scarsa igiene orale così come l'insorgenza di malattie fortemente debilitanti possono aumentare il rischio di fallimento della terapia implantare.
- i) Sono stato informato della necessità di visite periodiche, al fine di controllare l'igiene orale e le condizioni implantari e mi impegno a rispettare le scadenze che mi verranno indicate pena la decadenza di qualsiasi responsabilità da parte del medico
- j) **Solo per protesi Fissa** (esclusa la protesi mobile) :In caso di ridotta durata del manufatto protesico definitivo (lega aurica e ceramica) , al di sotto dei 5 anni, lo studio rifarà gratuitamente il medesimo trattamento fisso , o se ciò non è possibile un altro trattamento fisso o mobile dello stesso valore. Se si deve estendere il piano protesico deve essere pagata allo studio la sola differenza di costo. Se il manufatto protesico fisso definitivo ( lega aurica e ceramica )ha una durata superiore ai 5 anni e inferiore ai 10 anni , lo studio rifarà il medesimo trattamento facendo pagare solo il puro costo di laboratorio per il lavoro in precedenza eseguito o, se ciò non è possibile, il puro costo di laboratorio per un lavoro sostitutivo fisso o mobile. Se si deve estendere il piano protesico deve essere pagata allo studio la sola differenza di costo. Dopo 10 anni termina ogni forma di garanzia.
- k) Mi impegno di riferire al personale di studio , in forma prioritaria ogni problema riguardo al lavoro in oggetto e specialmente a carico degli impianti e in ogni caso , in qualsiasi ipotesi di disagio , sarà il titolare dello studio Kedos dentisti ad intervenire per primo.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ con la presente dichiaro :

Ai sensi degli art. 1341 e 1342 C.C. dichiaro di aver letto e approvare specificatamente il trattamento implantoprotesico concordato ed in particolare di aver compreso e accettare i punti :

d) conseguenze negative con possibili turbe alla sensibilità anche irreversibili; e) rimozione dell'impianto con ripetizione dell'intervento; f)percentuale di successo a 10 anni variabile tra 90% e 95% dei casi; g) estetica non soddisfacente in alcuni casi; h)aumento del rischio di insuccesso nei casi specificati; i) manleva legale , sia civile che penale di tipo colposo per assenza dei controlli programmati; j) costo a mio carico per estensioni della protesi medesima dopo 5 anni e costo totale a mio carico dopo 10 anni; k)In caso di qualsiasi disagio il titolare dello studio Kedos dentisti sarà avvisato per primo.

S.Antioco li \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_