

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA TERAPIA ORTODONTICA

Gentile Paziente, in questo scritto vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita e della presentazione del preventivo, precisandolo e definendolo nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate. Tali informazioni sono presenti, corredate di immagini e ulteriori consigli e curiosità, nel CD-ROM che le è stato consegnato.

Descrizione: applicazione fissa o amovibile sui denti di strumenti (bracket, fili, espansori, molle, microviti, elastici) atti a innescare uno spostamento controllato.

Benefici specifici e generici: miglioramento dell'occlusione dentale e della regolare dentizione (e permuta) con benefici nelle funzioni del cavo orale (masticazione, fonazione, deglutizione) e - ove possibile - dell'estetica.

Rischi specifici e generici:

L'apparecchio Ortodontico è formato da un insieme di strutture standard soggette a scollamenti, rotture, distorsioni con conseguente prolungamento della cura. Gli attacchi fissi e gli strumenti mobili possono dare luogo ad afte, ulcere, abrasioni che, anche se reversibili in breve tempo danno luogo a disagi nelle normali funzioni della bocca.

Una cattiva igiene orale può provocare macchie irrimediabili sui denti, lungo il bordo gengivale e/o intorno a gli attacchi, e che tale danno non è imputabile alla terapia.

Ulteriori complicanze sono i riassorbimenti radicolari, l'aumento della mobilità dentale, anchilosi dentale, recessione gengivale, ipersensibilità dentale. Può capitare che uno o più denti restino fermi anche se gli vengono applicate forze considerevoli. L'obiettivo iniziale del trattamento può non essere raggiunto se i denti non rispondono agli spostamenti controllati.

Rischi del mancato trattamento:

Mantenimento della malocclusione esistente con conseguenti problemi legati alla funzione del cavo orale e del sua salute igienica. Mancata intercettazione di problemi della permuta dentale con probabili problemi nella dentizione definitiva.

Caratteristiche dei materiali:

sistemi adesivi a base di resine composite. Attacchi e fili in leghe d'acciaio o nichel-titanio. Elastici in gomma.

Durata del trattamento Prevista :

La durata del trattamento può subire variazioni anche molto ampie rispetto alle previsioni in dipendenza di fattori non sempre controllabili quali crescita sfavorevole, ritardo nella permuta dei denti, scarsa collaborazione del paziente.

Alternative:

In taluni casi si può valutare la terapia protesica.

Io sottoscritto _____ con la presente dichiaro :

a- Di essere stato informato e di aver ben compreso lo scopo e la natura dell'intervento Ortodontico indicata nel modulo in oggetto avendo preso visione di come è fatto apparecchio ortodontico e avendo ben letto e compreso le informazioni contenute nel CD-ROM che mi è stato consegnato.

b- Di aver avuto la possibilità di porre tutte le domande che ritenevo necessarie e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicanze (riassorbimenti radicolari, aumento della mobilità dentale, anchilosi dentale, recessione gengivale...) che potrebbero derivare o essere connesse al predetto intervento, nonché delle alternative possibili, e che il trattamento potrà subire modifiche nel mio esclusivo interesse.

c- Sono informato della necessità di eseguire esami radiografici, sia a scopo diagnostico sia al fine di controllare il decorso della terapia. Il numero e la natura degli esami può variare da caso a caso in rapporto alla specifica patologia e alle caratteristiche del trattamento

d- Di essere stato con chiarezza informato che, in taluni casi, un trattamento ortodontico può recidivare e mi impegno a utilizzare la contenzone che mi sarà data secondo le prescrizioni datemi. Nessuna garanzia può venire data sulla riuscita del trattamento essendovi solo, a carico dell'odontoiatra, obbligo di mezzi e non di risultato.

e- Di essere disponibile a presentarmi semestralmente al controllo specialistico e alle sedute di igiene orale pena decadenza di qualsiasi responsabilità da parte del dentista.

f- Di impegnarmi a riferire al Team di Kedos dentisti, in forma prioritaria, ogni problema riguardo al lavoro in oggetto. In ogni caso sarà il titolare dello studio Kedos dentisti ad intervenire per primo in qualsiasi ipotesi di disagio.

Ciò premesso, con la presente esprimo valido ed incondizionato consenso all'intervento di Ortodontia sino a quando non sia stato raggiunto il miglior risultato possibile (secondo il parere di un odontoiatra associato di Kedos dentisti), e mi impegno a rispettare le scadenze economiche concordate.

Sono informato che il preventivo di spesa che mi è stato illustrato si riferisce esclusivamente alla cura ortodontica e non comprende quindi eventuali cure per carie, interventi chirurgici, protesi o altre prestazioni odontoiatriche.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dei suddetti punti e in particolar modo del n a), b), c), d), e) e di approvarli esplicitamente EX art.1341 c.c.

S.Antioco lì _____ FIRMA _____