

**Dott. Giuseppe Ferrarelli**  
MEDICO CHIRURGO ODONTOIATRA  
Via delle Albizzie, 51  
00172 - R O M A  
062412327

**CONSENSO INFORMATO**

Io Sig./ra. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. Ab. \_\_\_\_\_ Tel. Uff. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- Di essere stato informato in maniera dettagliata e completa delle specifiche problematiche connesse con la mia situazione clinica.
- Di prendere atto del piano terapeutico programmato come indicato nel preventivo consegnatomi e facente riferimento alla mia situazione clinica
- Di accettare in piena consapevolezza le procedure e le scelte cliniche fatte di comune accordo con il Dott. Giuseppe Ferrarelli.
- Di essere a conoscenza e di aver ben compreso le varie e diverse possibili procedure e scelte terapeutiche indicatemi preventivamente ed i limiti possibili delle terapie stesse.
- Di essere a conoscenza del fatto che il preventivo spese ha valore indicativo e di accettare fin d'ora le eventuali modifiche che si renderanno necessarie per motivi clinici.
- Di essere stato informato sui presidi ed i mezzi esistenti per il mantenimento di una corretta igiene orale domiciliare, che sarà mia cura osservare ed eseguire correttamente per il buon mantenimento delle prestazioni erogatemi.
- Di essere a conoscenza che l'uso di sostanze come fumo, alcolici, farmaci particolari ed altre sostanze irritanti o tossiche possono influenzare in maniera negativa lo stato di salute della bocca ed inficiare quindi il risultato ottenuto dalle cure erogatemi
- Di essere a conoscenza che l'uso smodato di protesi o ricostruzioni dentali può determinare la rottura o la perdita degli stessi.
- Di avere concordato preventivamente i materiali da utilizzare e tipo di cure da eseguire sulla base delle esigenze e della valutazione globale del mio caso.
- Di essere a conoscenza del fatto che per l'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche a cui sarò sottoposto sarà nella maggior parte dei casi necessario eseguire una anestesia locale con farmaci che possono influenzare il sistema nervoso, epatico, renale e cardiocircolatorio.
- Di ricevere in copia istruzioni dettagliate relative al mio specifico caso clinico ed esaustive informazioni relative alle modalità di esecuzione del piano terapeutico, dei benefici, dei rischi connessi e delle eventuali terapie alternative, dell'allegato al consenso informato.
- Di dare il consenso alla esecuzione delle terapie indicate nel preventivo allegato alla presente dichiarazione.

ROMA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Informazioni**

**VISITE PER APPUNTAMENTO:** In caso di impedimento si prega di annullare l'appuntamento telefonando 24 ore prima. Al mancato o ritardato preavviso di appuntamento non annullato verrà addebitato il costo di una visita specialistica.

**PAGAMENTO:** Prima visita, pulizia denti, detartrasi, reperti radiografici, comunque cure o interventi chirurgici terminati in una seduta da saldare all'atto. Lavoro protesico, chirurgico, implantare, parodontale, rigenerativo osseo e tissutale, 20% ad inizio trattamento, 50% nel corso del trattamento, 30% al termine delle cure. Ortodonzia come da accordi presi all'accettazione del piano di trattamento e preventivo.