



Dott.ssa Claudia Curto

STUDIO ODONTOIATRICO

Iscrizione Albo MC 222

Data:

Cognome e Nome:

INFORMATIVA Chirurgia

Gentile paziente, vista la diagnosi di dichiaro di essere stato esaurientemente informato riguardo la necessità di sottopormi all'intervento di chirurgia orale.

Sono stato inoltre informato sulle possibili complicanze generiche (gonfiore, dolore, infiammazione) e quelle specifiche date dai limiti anatomici, come la vicinanza dei seni mascellari nell'arcata superiore, o del nervo e l'arteria mandibolare nell'arcata inferiore.

So, che qualsiasi pratica chirurgica non è esente da rischi, anche se un corretto studio preoperatorio del caso rende questo molto improbabile.

Accetto che l'odontoiatra modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario. Sono consapevole che senza una buona igiene orale domiciliare, la terapia effettuata non potrà dare risultati soddisfacenti nel tempo e che dovrò sottopormi a visite periodiche e ad igiene professionale come concordato col medico odontoiatra a fine terapia.

Preso atto della situazione illustratami, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Osservazioni del paziente:

Firma del Paziente (o del genitore/tutore):



Telefono:
+39 391 385 0755
071 56 654



Email :
studiodentisticocurto@gmail.com



Indirizzo :
Corso Matteotti, 12
Ancona (AN) 60122