

DOC.
2

Studio Odontoiatrico
Dr. Giuseppe Ponzanelli
Francesca Ponzanelli
Via Roma 16, 54033 Carrara (MS)
Tel. 0585-71427

Privacy – Consenso informato – Odontoiatria Generale

Carrara data...../...../.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a:.....il.....
Residente in via:.....n°.....città.....
Provincia:...../ In qualità di **Paziente** - **Padre** - **Madre** - **Tutore**.
Del paziente.....

Nel pieno possesso delle mie facoltà mentali dichiaro che:

a) Essendo stato esaurientemente informato/a, dal personale sanitario, sulla natura della terapia, cui verrò sottoposto in questo ambulatorio, ed essendo a conoscenza dell'eventualità di rischi e/o complicazioni correlata alla natura stessa degli atti diagnostici e/o terapeutici pur correttamente eseguiti, **concedo il mio consenso all'esecuzione di tutto l'iter terapeutico di natura:**

Conservativa **Protesica** **Implantare** **Ortodontica** **Parodontale** **Riabilitativa.**

Anestesia locale

In fede:.....

b) Essendo stato esaurientemente informato/a, dal personale sanitario, sulla natura della terapia cui verrà, in questo ambulatorio, sottoposto mio figlio/a - paziente, ed essendo a conoscenza dell'eventualità di rischi e/o complicazioni correlata alla natura stessa degli atti diagnostici e/o terapeutici pur correttamente eseguiti, **concedo il mio consenso all'esecuzione di tutto l'iter terapeutico di natura:**

Conservativa **Protesica** **Implantare** **Ortodontica** **Parodontale** **Riabilitativa.**

Anestesia locale

In fede:.....

c) **Altresì concedo il mio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati personali (dati anagrafici e dati concernenti le informazioni diagnostiche e terapeutiche), da me forniti al personale di questo ambulatorio, nei limiti e secondo le direttive della legge 675/96 sulla tutela della privacy.**

In fede:.....