I moduli in odontoiatria legale

Come utilizzarli e quando

ATTO DI TRANSAZIONE

tra
il sig. _____ di _____ rappresentato e difeso dall'avv. _____

e
Il sig. _____ di _____ rappresentato e difesa dall'avv. _____

PREMESSO

- che in data il sig. proponeva nei confronti del dott. richiesta per risarcimento danni per asserita responsabilità professionale civile odontoiatrica conseguente a terapie odontoiatriche ritenute scorrette;
- che il dott. respingeva ogni responsabilità in proposito, sia sotto il profilo del merito, sia sotto il profilo soggettivo, asserendo trattarsi di interventi eseguiti dal dott. nel proprio studio;
- che, tuttavia, nelle more del giudizio, le parti, *pro bono pacis*, hanno acconsentito a trovare una soluzione transattiva della vicenda.

Tutto ciò premesso

CONVENGONO

1) Il dott. corrisponde al sig. a saldo e stralcio di quanto richiestogli per danni asseritamente connessi e/o conseguenti alle circostanze per cui è causa, la somma di lire con le seguenti modalità:

- Lire _____ alla sottoscrizione del presente atto e cioè in data _____
- Lire _____ in data _____

A mezzo di assegni circolari non trasferibili intestati.

2) Il sig. dichiara di accettare la somma di cui al piatto 1), con le relative modalità e tempi di pagamento, a saldo e stralcio di quanto richiesto per le causali di cui alla premessa

3) Il sig., per i fatti oggetto *de quo*, si impegna a non inoltrare alcuna azione civile, penale e disciplinare nei confronti del dott. e di chiunque altro abbia preso parte agli stessi.

4) Le parti dichiarano che al termine dell'esecuzione della presente transazione, null'altro avranno a pretendere l'uno dall'altro, a qualsiasi titolo.

Luogo _____ data _____

Firma _____ Firma _____

Sottoscriviamo la presente transazione ai fini della rinuncia alla solidarietà ex art. 68 L.P.

Avv. _____ Avv. _____

Verbale collegiale per proposta di quantificazione del danno

Dati identificativi sinistro

I sottoscritti consulenti tecnici, su richiesta delle parti, esaminato il periziando e la documentazione disponibile, sulla base del confronto delle rispettive valutazioni, convengono unanimemente sulla valutazione del risarcimento del danno di competenza medico - legale nella misura della seguente quantificazione.

Spese emergenti risarcibili (utili, necessarie ed opportune)

- Sostenute _____ di lire
- Future (rifacimenti) _____ di lire

Danno biologico permanente

Danno biologico temporaneo

assoluto (100%) in giorni _____

parziale (50%) in giorni _____

parziale (%) in giorni _____

Città data

Firme dei consulenti tecnici di parte

consulente tecnico del dott.

consulente tecnico del sig.

consulente tecnico della Compagnia di Assicurazione

Scheda informativa per ortodonzia per la scelta cosciente del paziente

Sono stato informato/a che mio figlio/a è affetta da:

.....

La terapia proposta prevede:

.....

La durata prevista per il trattamento è di:

.....

(Tuttavia i tempi potranno modificarsi in base alle reazioni individuali alla terapia)

Il trattamento prevede l'estrazione dei seguenti elementi dentari:

.....

Il trattamento non prevede al momento alcuna estrazione dentaria, che però potrebbe rivelarsi necessaria più avanti nel corso della terapia.

Avendo letto e compreso quanto riportato nella scheda informativa do il mio assenso all'attuazione delle terapie proposte.

Firma del genitore

Firma del genitore

Firma del minore

Scheda informativa per la scelta cosciente del paziente nel caso di interventi implantoprotesici

Allo stato attuale i denti che mi mancano sono:

Ho letto ed ho capito in linea generale in cosa consiste l'implantologia.

So che in alternativa la soluzione protesica del mio caso si potrebbe realizzare mediante:

L'impianto che mi verrà inserito è di tipo:

La protesi che verrà applicata successivamente sarà:

L'intervento sarà effettuato in n. sedute e solo dopo il periodo necessario all'osteointegrazione (circa mesi) si potrà procedere alle fasi protesiche.

Sarà prima necessario, però, un piccolo intervento di scopertura dell'impianto per inserire le strutture protesiche, qualora l'impianto sia di tipo sottomucoso.

Nel corso della cura mi verrà applicata una protesi provvisoria con pura finalità estetica per il tempo necessario alla rigenerazione dei tessuti.

Per il successo dell'intervento mi impegno ad eseguire scrupolosamente quanto mi verrà indicato dal sanitario, sia in rapporto all'igiene della bocca sia in rapporto ai farmaci prescritti, sia in rapporto ai controlli necessari.

Dopo ogni seduta chirurgica potrò avere gonfiore dei tessuti nella zona di intervento, eventuale comparsa di ematomi visibili, dolori più o meno accentuati ed eventualmente formicolii alle labbra, al mento, ed alla lingua per periodi variabili.

Dopo ogni seduta chirurgica sarà mia cura di astenermi dal lavoro e dallo sport per meglio effettuare i presidi terapeutici prescritti (farmaci, etc.).

Se nel corso del trattamento si verificheranno delle complicanze, mi affido al giudizio del dott. che deciderà se rimuovere l'impianto e sostituirlo con altro o ricorrere ai trattamenti alternativi che mi avrà esposto.

Prima dell'intervento per la mia sicurezza e per valutare se esistono controindicazioni all'intervento dovrò sottopormi ai seguenti accertamenti:

Circa il risultato dell'intervento, non mi può essere fornita una garanzia assoluta in quanto determinante alla riuscita dell'intervento è la favorevole reazione del mio organismo, in particolare delle ossa e delle gengive, reazione che non si può conoscere in anticipo; altrettante importante è che io mi attenga scrupolosamente alle prescrizioni igieniche e farmacologiche fornitemi.

Avendo letto e compreso la scheda informativa do il mio consenso all'effettuazione della terapia proposta.

Firma

Scheda informativa a trattamenti ad esclusiva finalità estetica per la scelta cosciente del paziente

Autorizzo il dott. ad eseguire il trattamento previsto che ha una finalità estetica in quanto il mio apparato dentale ha una funzionalità soddisfacente.

- A) Il trattamento consiste nello sbiancamento dei denti con
mi è stato esaurientemente spiegato in cosa consiste il trattamento.
- B) Il trattamento consiste nella copertura dei seguenti denti
con un manufatto protesico fisso in

In particolare mi sono resi noti i seguenti punti:

- 1) I denti devono essere limati per ridurre lo spessore: tale trattamento potrà comportare la devitalizzazione degli elementi più piccoli o più sensibili.
- 2) La diminuzione dello spessore dei denti potrà comportare alterazioni che si potranno ripercuotere in futuro sulla resistenza dei denti.

Per il trattamento saranno necessarie sedute odontoiatriche e saranno necessarie varie anestesie locali.

Nel corso della cura mi verrà applicata una protesi provvisoria.

Per ottenere il migliore risultato possibile è necessario che io mi attenga alle prescrizioni del dentista in particolare modo per quanto riguarda l'igiene orale ed i controlli.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo il trattamento.

Data

Firma

Scheda informativa per il consenso informato del paziente nel caso di interventi di chirurgia orale

Nome e cognome

Data di nascita

Allo stato attuale la patologia di cui sono affetto/a è:

.....
Ho letto ed ho capito in linea generale in cosa consiste l'intervento di chirurgia orale al quale sarò sottoposto/a.
So che in alternativa la soluzione del mio caso si potrebbe realizzare mediante:

.....
L'intervento al quale sarò sottoposto/a è:

.....
Le complicanze chirurgiche per questo tipo di intervento possono essere:

.....
L'intervento sarà effettuato in n. sedute e solo dopo il periodo necessario alla guarigione si potrà procedere alla valutazione del risultato.

- Per il successo dell'intervento mi impegno ad eseguire scrupolosamente quanto mi verrà indicato dal sanitario, sia in rapporto all'igiene della bocca sia in rapporto ai farmaci prescritti, sia in rapporto ai controlli necessari.
- Dopo ogni seduta chirurgica potrò avere gonfiore dei tessuti nella zona di intervento, eventuale comparsa di ematomi visibili, dolori più o meno accentuati ed eventualmente formicolii alle labbra, al mento, ed alla lingua per periodi variabili.
- Dopo ogni seduta chirurgica sarò mia cura di astenermi dal lavoro, da mansioni pesanti e dallo sport per meglio effettuare i presidi terapeutici prescritti (farmaci, etc.).

Se nel corso del trattamento si verificheranno delle complicanze, mi affido al giudizio del dott. Paolo Debertolis che deciderà se vi è la necessità di un reintervento o di ricorrere ai trattamenti alternativi che mi avrà esposto.

Prima dell'intervento per la mia sicurezza e per valutare se esistono controindicazioni all'intervento dovrò sottopormi ai seguenti accertamenti:

.....
Circa il risultato dell'intervento, non mi può essere fornita una garanzia assoluta in quanto determinante alla riuscita dell'intervento è la favorevole reazione del mio organismo, in particolare delle ossa e delle gengive, reazione che non si può conoscere in anticipo; altrettante importante è che io mi attenga scrupolosamente alle prescrizioni igieniche e farmacologiche fornitemi.

Avendo letto e compreso quanto illustrato nella scheda informativa do il mio consenso all'effettuazione della terapia proposta.

Data

Firma