



Modulo raccolta dati e consenso privacy

Nome paziente \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso F ( ) M ( )

Nato a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ skype/altro \_\_\_\_\_

Scuola/Università' \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ medico curante \_\_\_\_\_

Hobbies \_\_\_\_\_ chi le ha parlato di noi ? \_\_\_\_\_

Lavoro \_\_\_\_\_ Assicurazioni/Convenzioni \_\_\_\_\_

**Per minori:** Padre \_\_\_\_\_ Occupazione \_\_\_\_\_

Indirizzo (se diverso) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. Casa/Lavoro \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Per minori:** Madre \_\_\_\_\_ Occupazione \_\_\_\_\_

Indirizzo (se diverso) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. Casa/Lavoro \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Dati anamnestici

E' attualmente in buona salute ? SI ( ) NO ( )

Ha avuto o ha:

  
  
  
  
  
  
  
  

Allergie  
Anemia o mal. sangue  
Asma  
Malattie alle ossa / Osteoporosi  
Cancro  
Convulsioni  
Problemi emotivi  
Protesi artificiali

  
  
  
  
  
  
  

Problemi alla tiroide  
Svenimenti  
Cefalea o Emicrania frequenti  
Otiti o problemi all'orecchio  
Malattie di cuore  
AIDS o positività HIV  
Problemi al fegato o ai reni  
Tonsille rimosse

  
  
  
  
  
  

Adenoidi rimosse  
Problemi alla tiroide  
Glaucoma  
Vizio del fumo  
Problemi nervosi/iperattività  
Sanguinamenti abbondanti  
Interventi chirurgici  
Altre malattie gravi

Note: \_\_\_\_\_

Farmaci attualmente assunti: \_\_\_\_\_

Prende farmaci o integratori per l'osteoporosi? \_\_\_\_\_

Per bambini o adolescenti: e' stata raggiunta la pubertà? (inizio ciclo mestruale, o camb. voce) SI ( ) NO ( )

	SI	NO		SI	NO
Durante la notte digringna i denti?			Sente un rumore di click aprendo la bocca?		
Problemi fonatori o disalie?			Sente dolore aprendo la bocca?		
Respira con la bocca, o parzialmente?			Ha mai usato in passato il ciuccio o il dito?		
Si accorge talvolta di serrare i denti?			Si e' mai sentito in imbarazzo per l'aspetto dei suoi denti?		
Ha gia' fatto trattamento ortodontico?			Ha mai dolore al collo o alla schiena?		

Quale e' la principale motivazione che l'ha spinta dal Dr. Floria?

Dichiaro di non avere allergie a farmaci ed anestetici o, quantomeno, di non esserne a conoscenza. Presto pertanto il mio assenso all'uso dell'anestesia locale nel corso degli interventi e delle terapie odontoiatriche. Il corrispettivo per l'opera del medico e per i materiali occorrenti può essere convenuto previamente mediante richiesta di un preventivo, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

Sono a conoscenza che eventuali futuri appuntamenti mancati e non disdetti almeno 24 ore prima, genereranno un costo a mio carico proporzionale alla durata dell'appuntamento fissato in misura di 1 euro/minuto (esempio: per un appuntamento mancato di 30 minuti il costo sarà di 30 euro).

**Trattamento dei dati ed informative ai sensi del Codice sulla Privacy (D. Leg.vo 196/03)**

Per fornirci i suoi dati personali, La preghiamo di leggere il presente foglio informativo.

Per "dati" si intendono:

- o Quelli che Le richiediamo oggi, col presente modulo e che potremo richiederLe in futuro;
- o Quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle prestazioni mediche a suo favore;
- o Quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua salute;
- o Quelli spontaneamente da Lei forniti.

2- I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie.

3- I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee.

4- I dati potranno essere:

- o Comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati a d altro personale sanitario.
- o Messi a disposizione del personale odontoiatrico associato, che frequenta, che collabora o che dovesse sostituire il titolare in caso di assenza.
- o Resi noti ai dipendenti ed ai consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge.
- o Comunicati ai laboratori odontotecnici per le attività loro proprie, secondo le norme del D.lgt. 46/97, dir. 93/42/CEE

5- Le comunichiamo i suoi diritti:

- A- ottenere, a cura del titolare, senza ritardo:
  - o La conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento: la richiesta può essere rinnovata, salvo giustificati motivi, con intervallo non minore di 90 giorni;
  - o La cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione alla legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - o L'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
  - o L'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti n. 2 e 3 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

B- Opporsi in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Le precisiamo che tali attività NON verranno comunque svolte dal nostro Studio in quanto estranee all'esercizio professionale medico e odontoiatrico.

6- Le segnaliamo che il Titolare del Trattamento dei dati è il Dott. Gabriele Floria. La informiamo inoltre che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

**CONSENSO**

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- o L'acquisizione e il trattamento dei dati di cui al punto 1 e 2;
- o La comunicazione dei dati a terzi ed il trattamento ai sensi del punto 4;
- o L'utilizzo di anestetici locali.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_