

CARTELLA CLINICA

Cognome _____ Nome _____ luogo di nascita _____

Residenza fiscale (per fatturazione) _____ data di nascita _____

Cap _____ città _____ provincia _____

Indirizzo privato _____

Cap _____ città _____ provincia _____

C.F: _____

Telefono _____

Anamnesi generale

1) Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo dentario? _____

2) Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie di una certa entità negli ultimi 2 o 3 anni? si no

3) Ha sofferto o soffre di:

a) affezioni cardiache si no

b) alterazioni alla pressione sanguigna si no

c) affezioni renali si no

d) affezioni reumatiche si no

e) malattie del sangue si no

f) malattie oculari si no

g) diabete si no

h) ulcere gastriche o duodenali si no

i) asma o malattie allergiche si no

l) altre affezioni si no

4) Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci? si no

5) E' mai stato avvertito di non prendere qualche farmaco o medicina in particolare? si no

6) Ha mai avuto una anestesia locale? si no

Quali sono state le conseguenze? _____

7) Attualmente prende nessuna medicina (vitamine, ormoni o altro)? si no

8) Sanguina in modo anomalo quando si ferisce? si no

9) Presenta ematomi o si gonfia facilmente? si no

10) Guarisce? Rapidamente normalmente lentamente

11) Ha mai avuto esami radiografici o terapia irradiante? si no

12) E' facilmente soggetto/a a infezioni? si no

13) E' in gravidanza? si no

11) Ha mai avuto esami radiografici o terapia irradiante? si no

PRIMA VISITA

DATA _____ ANAMNESI STOMATOLOGICA _____

PRIMA VISITA PER: _____ TIPO CLINICO: _____

18	17	16	15	14	13	12	11			21	22	23	24	25	26	27	28
									CONSERVATIVA								
									ENDODONZIA								
									CHIRURGIA								
									SCHEMA DENTALE								
									SCHEMADENTALE								
									CHIRURGIA								
									ENDODONZIA								
									CONSERVATIVA								
48	47	46	45	44	32	42	41			31	32	33	34	35	36	37	38

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ESAME RADIOLOGICO _____
<input type="checkbox"/> IGIENE ORALE _____
<input type="checkbox"/> VISITA OCCLUSALE _____
<input type="checkbox"/> VISITA PARODONTALE _____
<input type="checkbox"/> VISITA PROTESI FISSA _____
<input type="checkbox"/> VISITA PROTESI MOBILE _____
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA _____
<input type="checkbox"/> ENDODONZIA _____
<input type="checkbox"/> CONSERVATIVA _____
<input type="checkbox"/> ORTODONZIA _____
<input type="checkbox"/> ESAMI DI LABORATORIO _____
<input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO _____
<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVE _____ | OPERATORE

_____ |
|---|--|

ESAME OCCLUSALE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Digignamento | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Aumento sensibilità dentale |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cefalee o dolori in sede ATM | <input type="checkbox"/> Masticazione <input type="checkbox"/> Soddisfacente |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rumori ATM | <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> Insoddisfacente |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Stanchezza muscolare al risveglio | |

Esame del dolore DCM necessario non necessario

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|-------|
| 1) Massima apertura della bocca _____ | Palpazione | DX | SX |
| 2) Classe di Angle _____ | ATM _____ | _____ | _____ |
| 3) Laterodeviazione | DX | SX | |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| | Pterigoidei esterni _____ | _____ | _____ |
| | Pterigoidei interni _____ | _____ | _____ |
| | Massetere _____ | _____ | _____ |
| | Temporale _____ | _____ | _____ |
| | Muscoli del pavimento orale _____ | _____ | _____ |

D.V.mm: _____

ANALISI ESTETICA _____ COME GIUDICA L'ESTETICA _____

TIPO DI SORRISO GENGIVALE INTERMEDIO COPERTO

POSIZIONE LABIALE – MARGINE INCISALE _____

DENTI DISCROMICI _____

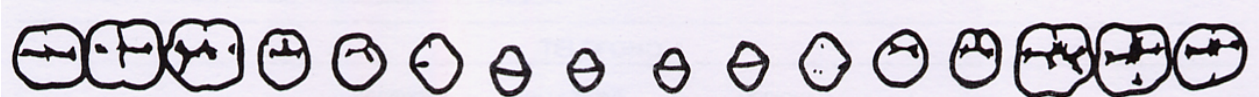
ESAME DELLE MUCOSE _____

ESAME BASE DELLA LINGUA _____ FUMO _____

VISITA PARADONTALE



	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V																
P																
MG																
M																



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V																
P																
MG																
M																

PIANO DI TRATTAMENTO PARODONTALE:

- A: _____
- B: _____
- C: _____
- D: _____
- E: _____
- F: _____

PIANO DI TRATTAMENTO PROTESI FISSA:

PIANO DI TRATTAMENTO DI CONSERVATIVA O DI PROTESI MOBILE:

PIANO DI TRATTAMENTO ORTODONTICO:

MODIFICHE DEL PIANO DI TERAPIA:

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
								CHIRURGIA ORALE								
								ENDODONZIA								
								CONSERVATIVA								
								ORTODONZIA								
								CHIRURGIA PARODONTALE								
								1° PROVVISORI								
								2° PROVVISORI								
								3° PROVVISORI								
								PERNI MONCONI								
								SCHEMA PROTESICO								
								SCHEMA PROTESICO								
								PERNI MONCONI								
								3° PROVVISORI								
								2° PROVVISORI								
								1° PROVVISORI								
								CHIRURGIA PARODONTALE								
								ORTODONZIA								
								CONSERVATIVA								
								ENDODONZIA								
								CHIRURGIA ORALE								
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare ... lo stato di salute...", ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini di diagnosi, cura, adempimento degli obblighi amministrativi e fiscali, nonché a scopi statistici.

Nome _____ Cognome _____

Firma leggibile _____
(del genitore se minorenne)

Informativa art. 10 legge 675/96 per il trattamento di dati sensibili

Gentile Signore/a desideriamo informarla che la legge n.675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, per i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 22 della legge 675/96).

Ai sensi dell'articolo 10 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Il trattamento che intendiamo effettuare:

- a) riguarda la categoria dei dati "sensibili" sanitari;
- b) ha le finalità di diagnosi di cura e di adempimento agli obblighi amministrativi e fiscali;
- c) sarà effettuato nella modalità manuale ed informatizzata;
- e) I dati verranno comunicati, solo nei casi strettamente necessari, al laboratorio odontotecnico, ai sostituti ed alle assistenti nonché per adempiere agli obblighi fiscali ed amministrativi, allo Studio Commerciale incaricato;

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

2. Il conferimento dei dati è obbligatorio e loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata esecuzione della prestazione.

3. Titolare del trattamento dei dati personali è il titolare dello Studio Odontoiatrico, con sede in

_____ Via _____

Il responsabile del trattamento è quindi il Dott. _____

4. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 13 della legge 675/96, che per Sua comodità riproduciamo:

Diritti dell'interessato

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto:

- a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro di cui all'articolo 31, comma 1, lettera a), l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarlo;
- b) di essere informato su quanto indicato all'articolo 7, comma 4, lettere a), b) e h);
- c) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo:
la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano.
la cancellazione, la trasformazione di dati personali che lo riguardano.
l'aggiornamento di dati personali che lo riguardano.