

ANAGRAFICA PAZIENTE

Nome e cognome _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

Medico curante: _____

1 - ANAMNESI MEDICA

Gode attualmente di buona salute? SI NO

Ha sofferto o soffre di una delle seguenti patologie?

. Malattie del cuore	SI NO	. Malattie del sistema nervoso	SI	NO
. Malattie del sangue (anemia, leucemica, etc.)	SI NO	. Diabete	SI	NO
. Malattie emorragiche	SI NO	. Malattie della tiroide	SI	NO
. Ipertensione arteriosa	SI NO	. Epatite virale	SI	NO
. Malattie del rene	SI NO	. Malattie allergiche	SI	NO
. Malattie polmonari	SI NO	. Malattie dell'apparato digerente	SI	NO
. Infezione da HIV (AIDS)	SI NO	. Epatite cronica (cirrosi)	SI	NO
. Altre malattie non elencate	SI NO	. Allergia a farmaci	SI	NO
		Quali? _____		

Ha avuto malattie gravi, ricoveri ospedalieri, operazioni chirurgiche negli ultimi cinque anni? SI NO

Quali? _____

E' allergico a farmaci? SI NO

Quali? _____

Sta assumendo farmaci? SI NO

Quali? _____

Ha avuto complicanze in precedenti interventi chirurgici odontoiatrici? (emorragia, sanguinamenti, infezioni) SI NO

Quali? _____

E' fumatore? SI NO

E' in gravidanza? (In che mese? _____) SI NO

Eventuali complicazioni nel corso della gravidanza? _____

Le risposte fornite sono corrette in base alle mie attuali conoscenze; mi impegno ad informare l'odontoiatra tempestivamente nel caso si verificassero cambiamenti nel mio stato di salute

2 - CONSENSO INFORMATO

1) Ho preso visione del piano di cure odontoiatriche e del relativo preventivo dei costi.

2) In particolare mi è stato chiaramente spiegato che eventuali modifiche in corso di esecuzione mi verranno sottoposte, di volta in volta, per approvazione.

3) Ho chiaramente compreso le finalità del trattamento cui verrò sottoposto/a, le eventuali alternative terapeutiche percorribili nel mio caso, i rischi impliciti nel trattamento, le principali caratteristiche funzionali ed estetiche dei manufatti che mi verranno applicati.

4) Sono stato altresì informato che per la conservazione nel tempo di una buona salute dentale sono opportune sedute periodiche di controllo clinico/igiene (secondo le istruzioni che ho ricevuto)

3 - Consenso al trattamento dei dati (PAZIENTI)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del DL 196/2003 (Privacy)

Gentile paziente, La preghiamo di leggere il presente foglio informativo . Per "dati" si intendono:

- . quelli da Lei forniti spontaneamente;
- . quelli da noi richiesti;
- . quelli sanitari che da noi raccolti nello svolgimento delle prestazioni mediche a suo favore;
- . quelli sanitari necessari per l'espletamento della nostra attività sanitaria con finalità di tutela della Sua salute;

I dati vengono da noi raccolti esclusivamente per svolgere la nostra attività sanitaria nei suoi confronti, compresa la gestione contabile.

Essi verranno inoltre utilizzati per tutte le registrazioni sanitarie e amministrative obbligate per legge.

- I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee
- I dati potranno essere:
 - comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;
 - messi a disposizione del personale sanitario della nostra struttura sanitaria per lo svolgimento dell'attività sanitaria;
 - resi noti ai dipendenti ed ai consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli , secondo le modalità previste dalla legge;
 - comunicati ai laboratori odontotecnici per le attività previste dal D.L. 46/97, dir. 93/42/CEE.

Titolare e responsabile del trattamento dei dati: **Dr. Giuseppe Brindisi**

Il conferimento dei dati è facoltativo.

La informiamo che per poter un corretto svolgimento della attività' sanitaria è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

Le comunichiamo i Suoi diritti:

ART 7- DL 196/2003 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1-L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile ;

2-l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a- dell'origine dei dati personali,
- b- della finalità e modalità del trattamento;
- c- della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d- degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato in caso di trattamento in Paesi non appartenenti alla Unione Europea;
- e- dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati.

3-L'interessato ha diritto di ottenere:

- a-l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b-la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c- l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere A e B 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 rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

4- L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a- per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b- al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale .

Consenso

Con la presente 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 l'acquisizione, il trattamento dei dati e la comunicazione dei dati a terzi ;

DICHIARO DI ACCETTARE QUANTO INDICATO NEI PUNTI 1-2-3 DEL PRESENTE DOCUMENTO.

Data _____

Firma del paziente _____