

MODELLO PER RICHIESTA DATI ANAGRAFICI

COGNOME NOME
 NATO/A IL
 RESIDENTE A VIA
 CITTA' TEL CELL
 CODICE FISCALE
 dati facoltativi:
 TEL UFFICIO CELL. UFFICIO
 FAX E-MAIL
 VOIP
 E-MAIL

SCHEDA CLINICA DI ANAMNESI MEDICA

Attualmente è in buono stato di salute generale? Si No
 E' mai stato ricoverato in ospedale per malattie gravi? Si No
 Se si, specificare
 Fa uso di tabacco? Si No
 Fa uso di alcool? (Più di 1/2 l al dì) Si No
 Attualmente è in cura per qualche patologia? Si No
 Se si, specificare
 Nome del medico curante
 Attualmente fa uso di farmaci? Si No
 Se si, quali ?
 E' in gravidanza? Si No
 Se si, in quale mese?

HA MAI SOFFERTO DELLE SEGUENTI PATOLOGIE?

Cardiache:		Apparato digerente:	
- vizi valvolari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- ulcera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- infarto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- gastrite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- ipertensione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- epatite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- è portatore di protesi valvolari?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- altro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- è portatore di pace-maker?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
- altro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Apparato Respiratorio:	
Apparato Renale:		- asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- insufficienza renale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- altro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- TBC	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		- altro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Apparato Endocrino:		Apparato Nervoso:	
- diabete	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- epilessia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- familiarità diabetica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- cefalee	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- tiroide	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- ischemie cerebrali	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- osteoporosi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- è in terapia psichiatrica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Generale:			
- alterazione della coagulazione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- chemioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- terapia radiante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- sinusite	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- HIV +	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- AIDS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
- allergie	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	- a quali sostanze?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Non è stata elencata qualche patologia che ritiene utile far conoscere?

CARTURA

FIRMA DEL PAZIENTE

INFORMAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE E MEDICHE

Data dell'ultima visita odontoiatrica _____

Ragione dell'ultima visita odontoiatrica _____

Data dell'ultima seduta di igiene orale _____

Le sue gengive sanguinano quando spazzola i denti? SI NO

Evita qualche parte della bocca quando si lava i denti?
SI NO

Si fermano residui di cibo fra un dente e l'altro quando mangia?
SI NO

Ha la sensazione che le sue gengie siano flaccide o gonfie?
SI NO

Il caldo, il freddo, o i dolci le causano dolori in qualche zona della bocca?
SI NO

Avverte qualche altro tipo di dolore nella sua bocca? SI NO

Ha avuto sanguinamento abnorme a seguito di precedenti estrazioni dentarie o interventi chirurgici?
SI NO

Ha avuto dei disturbi di una certa importanza a seguito di precedenti trattamenti odontostomatologici?
SI NO

Se sì, spiegare di quale genere _____

Sfrega consciamente o inconsciamente i denti gli uni contro gli altri durante il giorno o la notte? SI NO

Ha la sensazione di avere le mascelle stanche? SI NO

Quante volte al giorno spazzola i denti? _____

In media quanti minuti dedicate all'igiene orale (uso dello spazzolino, del filo interdentale, ecc.)? _____

Data dell'ultimo controllo radiografico completo della sua bocca _____

Ogni quanto tempo si sottopone abitualmente ad una seduta di igiene orale? _____

Ha l'abitudine di mordere le unghie, matite, forcine, la pipa o filo? SI NO

Mastica da ambedue i lati della bocca? SI NO

E' mai stato istruito da un dentista su come avere cura quotidianamente dei suoi denti? SI NO

E' mai stato istruito da un medico circa un'appropriata dieta alimentare? SI NO

Ha mai fatto anestesia locale? SI NO

Osservazioni:

.....

.....

.....

INFORMATIVA AL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1) La preghiamo di firmare per presa visione il presente modulo riguardante il trattamento dei dati personali colà meglio indicati. Per dati si intendono, ai sensi della presente informativa: quelli anagrafici e quelli sanitari che Le richiediamo all'atto dell'apertura di una "cartella clinica", a Lei dedicata, nel nostro computer o che potremo richiederLe in futuro; quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche in Suo favore; quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento delle finalità di tutela della Sua incolumità fisica; quelli spontaneamente da Lei forniti.

2) I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di svolgere le nostre attività professionali nei Suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare con quei dati provvederemo altresì a tenere le registrazioni obbligatorie per legge sia contabili che sanitarie.

3) I dati verranno registrati su supporti informatici protetti. I moduli cartacei verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee.

4) I dati potranno essere:

a. comunicati al Suo medico curante in caso di necessità o comunicati al altro personale sanitario;

b. messi a disposizione del personale odontoiatrico che opera all'interno dello studio, che frequenta, che collabora o che dovesse sostituire il titolare in caso di sua assenza;

c. resi noti ai dipendenti e consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge;

d. comunicati a laboratori odontotecnici per lo svolgimento delle attività loro proprie secondo le norme del D.Lgs 46/97, dir. 93/42/CEE.

5) Ai sensi dell'art. 7 della legge 196/03, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati sono:

A. ottenere a cura del titolare, senza ritardo:

1. la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la richiesta può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni;

2. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi o per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;

3. l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero, qualora abbia interesse, l'integrazione dei dati;

4. l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti numeri 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 il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

B. opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

C. opporsi in tutto o in parte al trattamento di dati personali che La riguardano previsto a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informato dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto.

I diritti di cui all'Art. 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità al titolare o al responsabile, anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.

6) Le segnaliamo che **Titolare** del trattamento ad ogni effetto di legge è il **Dott. Gianni Bergamasco**

7) La informiamo infine che **per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.**

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 23 della Legge 196/03

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 sensi di legge e confermo i dati anamnestici riportati. In particolare manifesto il mio consenso espresso per: l'acquisizione dei dati di cui al punto 1.; la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

Cartura, <data>

Firma