

GIANSERRA ASSOCIATI STUDIO ODONTOSTOMATOLOGICO POLISPECIALISTICO

COGNOME.....NOME.....

VIA-PIAZZA.....CITTA'.....CAP.....

DATA DI NASCITA.....LUOGO.....PROFESSIONE.....

TEL.ABI.....TEL.UFFI.....TEL. CELL

INDIRIZZO E-MAIL.....

COD.FISCALE..... MEDICO DI BASE DR.....

INVIATO DA.....

DATI ANAMNESTICI:

E' ATTUALMENTE IN BUONA SALUTE SI NO

FUMA SI NO

E' ATTUALMENTE IN GRAVIDANZA SI NO

MALATTIE DI CUORE SI NO

PRESSIONE ALTA

SI NO

DIABETE

SI NO

ALLERGIE

SI NO

Se ha risposto SI, indicare QUALI.....

.....

RIGIDITA' CERVICALE

SI NO

PROBLEMI DI VERTIGINI

SI NO

PROBLEMI CON ANESTESIE LOCALI O GENERALI

SI NO

ASSUME FARMACI BIFOSFONATI

(PER LE SIGNORE IN MENOPAUSA)

SI N

EPATITI

SI NO

MALATTIE INFETTIVE

SI NO

MALATTIE DEL SANGUE e/o EMORRAGIE

SI NO

ALTRE MALATTIE GRAVI OD INTERVENTI CHIRURGICI

SI NO

Se ha risposto SI, indicare QUALI.....

.....

DATA

FIRMA

GIANERRA ASSOCIATI STUDIO ODONTOSTOMATOLOGICO POLISPECIALISTICO

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

1- Per “dati” si intendono:

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

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

5- Le comunichiamo i Suoi diritti:

A- Ottenere, a cura del titolare, senza ritardo:

- 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;
- 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;

- L'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
- L'attestazione che le operazioni di cui ai punti 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 che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Per quanto riguarda il suo diritto ad opporsi in tutto od in parte al trattamento di 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: DR. Rodolfo Gianserra

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 inoltre il mio consenso espresso per:

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

DATA

FIRMA -----

GIANSERRA ASSOCIATI STUDIO ODONTOSTOMATOLOGICO POLISPECIALISTICO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLE CURE ODONTOIATRICHE

- 1) Ho 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 e tutte le necessarie procedure all'applicazione degli stessi.

- 2) Ho compreso che in campo odontoiatrico, così come in tutte le procedure mediche, gli insuccessi e le complicazioni rappresentano un'eventualità possibile, aldilà di ogni eventuale errore tecnico, pertanto il professionista si impegna a prestare al meglio la propria opera per raggiungere un dato risultato, ma non necessariamente nel conseguirlo. Sono conscio che la conservazione nel tempo di una buona salute dentale e la buona riuscita delle terapie effettuate sono strettamente dipendenti dalla mia collaborazione sotto il profilo del rispetto degli appuntamenti programmati, dell'igiene orale quotidiana, dalle periodiche visite di controllo alla cui esecuzione mi impegno formalmente fin d'ora, e dagli stili di vita (*fumo, alcool, abitudini viziate, etc. ...*).

- 3) Ho compreso che il corrispettivo per l'opera del medico e per i materiali occorrenti può essere convenuto anticipatamente mediante richiesta di un preventivo, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

- 4) Dichiaro di non avere allergie a farmaci 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

- 5) Dichiaro di non avere domande da porre a chiarimento di residui dubbi e di autorizzare il trattamento proposto ed ogni altra prestazione in rapporto allo stesso urgente e necessaria.

DATA

FIRMA -----