

STUDIO POLISPECIALISTICO ODONTOIATRICO – RESPONSABILE DR. NICOLA DE SIMONE

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

LUOGO E DATA DI NASCITA

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

TEL. AB..... TEL. UFF..... TELMOB.

e-mail SMS SI NO

PROFESSIONE

DATI ANAMNESTICI:

E' ATTUALMENTE IN BUONA SALUTE SI NO

FUMA SI NO

E' IN GRAVIDANZA SI NO

MALATTIE DI CUORE SI NO

PRESSIONE ALTA SI NO

ALLERGIE SI NO

Se ha risposto SI, indicare QUALI:

CEFALEA SI NO

RUMORI ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE SI NO

PRENDE FARMACI PER L'OSTEOPOROSI (BIFOSFONATI) SI NO

PROBLEMI CON LE ANESTESIE SI NO

EPATITI O ALTRE MALATTIE DEL FEGATO SI NO

MALATTIE DEL SANGUE e/o EMORRAGIE SI NO

ALTRE MALATTIE GRAVI OD INTERVENTI CHIRURGICI SI NO

Se ha risposto SI, indicare QUALI:

Avete avuto problemi l'ultima volta che siete stati dal dentista (svenimenti, emorragie, ecc) SI
NO Aggiungete

qualsiasi informazione importante sulla vostra salute:

- Dichiaro che le informazioni da me elencate sono, per quanto a mia conoscenza, corrette
- Dichiaro di essere a conoscenza dei possibili rischi derivanti dai trattamenti a cui sarò sottoposto, presto pertanto il mio consenso alla terapia.
- 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.
- 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.

DATA: _____ FIRMA: _____



...non esiste medicina
più efficace del sorriso!

RACCOLTA DATI E CONSENSO

STUDIO POLISPECIALISTICO ODONTOIATRICO – RESPONSABILE DR. NICOLA DE SIMONE

ANAMNESI DENTALE

Qual è lo scopo di questa visita?

.....
.....
.....

Ha notato un aumento della mobilità dei suoi denti?..... SI NO

Ha notato un allargamento degli spazi tra dente e dente?..... SI NO

Il cibo tende a rimanere intrappolato tra i denti?..... SI NO

I suoi denti sono sensibili al caldo e al freddo?..... SI NO

Le sue gengive sanguinano?..... SI NO

Avete alito cattivo?..... SI NO

Durante lo spazzolamento le vostre gengive sanguinano?..... SI NO

Aprite bene la bocca?..... SI NO

Capita di serrare o digrignare i denti?..... SI NO

Siete fumatori?..... SI NO

Siete soddisfatti dell'aspetto estetico dei vostri denti?..... SI NO

Cosa desiderereste?.....

.....
.....

Aggiungete qualsiasi informazione importante:

.....
.....
.....

Acconsento che mi vengano fatte delle fotografie sia intraorali che extraorali, a scopo di documentazione

Torremaggiore,

Firma

STUDIO POLISPECIALISTICO ODONTOIATRICO Direttore: Dr. Nicola De Simone

Ai sensi dell'art.10 della legge 675/96 ed in relazione ai dati personali che verranno rilevati e formano oggetto del trattamento informiamo quanto segue :

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali e relativi allo stato e alle abitudini di vita che verranno raccolti sono indispensabili ai fini della tutela della salute e dell'incolumità del paziente e all'espletamento della prestazione sanitaria nonché all'adempimento di norme amministrative e contabili.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati raccolti saranno registrati nella cartella clinica su supporto cartaceo e supporto informatizzato ed utilizzati ai fini :

- dell'espletamento della prestazione sanitaria
- dell'elaborazione statistica interna
- degli obblighi amministrativi e contabili

Il trattamento è effettuato, anche tramite ausilio elettronico, esclusivamente dal Titolare dello studio o da suoi incaricati.

3. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati potranno essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 e limitatamente all'informazione strettamente necessario allo svolgimento dei compiti specifici

- ai consulenti amministrativi e fiscali per l'adempimento degli obblighi relativi
- ai laboratori odontotecnici limitatamente alle informazioni necessarie alla realizzazione del manufatto protesico e agli obblighi derivanti dal D. Lgs. 46/97 riguardante i dispositivi medici
- ad altro personale sanitario in caso di necessità

4. DIFFUSIONE DEI DATI

La riservatezza dei dati personali raccolti è tutelata dal segreto professionale. I dati non sono soggetti a diffusione.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

All'interessato sono conferiti diritti specifici (art. 13) :

- a) ottenere dal Titolare conferma dell'esistenza dei propri dati personali e loro messa a disposizione ;
- b) ottenere modificazione e/o integrazione dei medesimi ;
- c) avere conoscenza dell'origine dei medesimi, della logica e delle finalità del trattamento ;
- d) ottenere la cancellazione degli stessi (quando non in conflitto con obblighi di legge) o la trasformazione in blocchi anonimi ;

6. RIFIUTO DEL CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto dell'interessato al conferimento dei dati personali rende impossibile l'espletamento della prestazione sanitaria.

7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è il Dott. Nicola De Simone

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento :

- al trattamento dei dati personali comuni e sensibili che mi riguardano e la loro comunicazione di cui al punto 3 dell'informativa ;
- alla trascrizione dei medesimi sulle prescrizioni farmaceutiche e sulla richiesta di indagini diagnostiche, cliniche e strumentali.

Torremaggiore, _____

(Nome, Cognome e Firma dell'Interessato)
