



SCHEDA DI REGISTRAZIONE

COGNOME	NOME	
NATO / A	IL	
PROFESSIONE	INDIRIZZO	
E-MAIL	TEL. CASA	TEL. UFFICIO
PRESENTATO/A DA	TEL. CELLULARE	

ANAMNESI GENERALE

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALLERGIE DI QUALUNQUE TIPO SE SI SPECIFICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IPERTENSIONE:
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FUMATORE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MALATTIE CARDIOVASCOLARI SE SI SPECIFICA
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIABETE SE SI SPECIFICA QUALE TIPO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MALATTIE INFETTIVE DI QUALUNQUE TIPO SE SI SPECIFICA
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ASMA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PORTATORE DI PACE MAKER
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EMICRANIE - RONZII - VERTIGINI SE SI SPECIFICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SINUSITI CRONICHE:
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EPATITE VIRALE: (ANCHE SE PREGRESSA) SE SI SPECIFICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HAI MAI ESEGUITO IL TEST PER L' HIV? SE SI CON QUALE ESITO?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HA AVUTO PROBLEMI DURANTE L'ANESTESIA LOCALE? SE SI SPECIFICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SANGUINA IN MODO ANOMALO QUANDO SI FERISCE? SE SI CON QUALE ESITO?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' IN STATO DI GRAVIDANZA? SE SI DA QUANTO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' STATO/A SOTTOPOSTO /A A CHEMIOTERAPIA O TERAPIA RADIANTE?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	HA AVUTO DELLE CONSEGUENZE PARTICOLARI IN SEGUITO ALL'ASSUNZIONE DI ANESTETICI, ANTIBIOTICI O ALTRI FARMACI? SE SI SPECIFICA QUALI?			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' STATO/A AVVERTITO/A DI NON PRENDERE QUALCHE FARMACO IN PARTICOLARE? SE SI SPECIFICA QUALI?			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	STA' ASSUMENDO FARMACI? (IN PARTICOLARE SEGNALACI FARMACI ANTICOAGULANTI E/O BIFOSFONATI PER L' OSTEOPOROSI) SE SI SPECIFICA QUALI?			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' STATO/A MAI RICOVERATO PER CURE O TRAUMI IN OSPEDALE O CASA DI CURA? SE SI SPECIFICA PER QUALE MOTIVO?			

DATA _____

LUOGO _____

FIRMA



ANAMNESI ODONTOIATRICA

QUALE È IL MOTIVO DELLA VISITA?	URGENZA <input type="checkbox"/>	CONTROLLO <input type="checkbox"/>	ALTRO <input type="checkbox"/>
QUANDO HA FATTO L'ULTIMA VISITA DAL DENTISTA?	SEI MESI <input type="checkbox"/>	UN ANNO <input type="checkbox"/>	OLTRE <input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO DELLE CURE DI RECENTE?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA GIÀ FATTO L'ANESTESIA DAL DENTISTA?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA GIÀ FATTO DEGLI ESAMI RADIOGRAFICI DAL DENTISTA?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA DEI DISTURBI DURANTE LA MASTICAZIONE?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA SANGUINAMENTO GENGIVALE?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' SODDISFATTO/A DELLA PROPRIA FUNZIONE MASTICATORIA?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' SODDISFATTO/A DELL'ESTETICA DEL SUO SORRISO?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIGRIGNA O SERRA I DENTI DI NOTTE O DI GIORNO?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AVVERTE RUMORI ARTICOLARI QUANDO APRE LA BOCCA?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SOFFRE O HA SOFFERTO IN PASSATO DI CEFALÉE MUSCOLO-TENSIVE, CERVICALGIE O LOMBOSCIATALGIE?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATA _____

LUOGO _____

FIRMA



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI ED INFORMATIVE AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY
(D.Lgs 196/03)**

PER FORNIRCI I SUOI DATI PERSONALI, LA PREGHIAMO DI LEGGERE IL PRESENTE **FOGLIO INFORMATIVO**.

- 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.
- 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.
- 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 ODONTOIATRICO ASSOCIATO, CHE FREQUENTA, 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.LGT. 46/97, DIR. 93/42/CEE.
- 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 ABBAIA INTERESSE, L'INTEGRAZIONE DEI DATI;
 - ✓ L'ATTESTAZIONE CHE LE OPERAZIONI DI CUI AI 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 AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 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.

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 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 E IL TRATTAMENTO AI SENSI DEL PUNTO 4;

COGNOME	NOME	CELLULARE
INDIRIZZO	CITTA'	TELEFONO
NATO/A IL	A	E-MAIL

DATA _____

FIRMA

LUOGO _____