

STUDIO MEDICO-DENTISTICO DR ANNIBALE E MATTIA  
BARBUTO – AMB

RACCOLTA DATI ANAGRAFICI

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

VIA..... N..... CAP.....

CITTA'/LOCALITA'..... PROV..... DATA NASCITA.....

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

N TEL PRINCIPALE..... N TEL SECONDARIO.....

E-MAIL..... SITO WEB.....

Facebook.....

Instagram..... ALTRI CONTATTI.....

NOME MEDICO CURANTE (non dentista).....

COME CI HA CONOSCIUTO / DA CHI E' STATO INVIATO / COME CI HA  
TROVATO?.....

Riepilogo Anamnestico (NON compilare - a cura del personale di studio)

  0   ANAMNESI  
NEGATIVA.....

  0   ANAMNESI  
POSITIVA.....  
.....  
.....  
.....

## RACCOLTA DATI MEDICO-ODONTOIATRICI

La preghiamo cortesemente di voler rispondere con accuratezza al seguente questionario. La conoscenza del suo stato di salute generale ci permette di curarla meglio, tenendo in considerazione le informazioni che lei ci ha fornito. Lei in veste di paziente di impegna inoltre a segnalarci qualunque eventuale cambiamento del suo stato di salute orale e generale per permetterci di aggiornare nel tempo la sua situazione e se necessario reimpostare l'approccio di cure secondo i cambiamenti ed i protocolli clinici previsti.

Questo questionario è protetto dal segreto professionale, tutte le informazioni contenute in esso che lei ci comunicherà sono strettamente riservate.

Il regolamento UE 2016/679 (legge europea sulla privacy) regola il trattamento di tutti i dati da lei forniti.

Se reputa necessario chiedere alcuni chiarimenti di qualsiasi natura sul presente questionario, il team dello studio è a sua disposizione.

MALATTIA-PROBLEMATICA	SI	NO	ALTRO-SPECIFICARE
Allergie-intolleranze generiche			
Allergie-Intolleranze alimentari			
Allergie ai metalli			
Allergie a farmaci			
Diabete			
Malattie dell' apparato digerente			
Malattie del sistema immunitario			
Malattie del sistema nervoso			
Malattie renali			
Malattie della pelle			
Ha mai subito incidenti durante anestesi generali?			
Ha mai subito incidenti con anestesi locali? (odontoiatriche e/o non)			
Prova paura od ansia prima di venire in studio dentistico?			
Le capita di non dormire la notte precedente un appuntamento in studio dentistico?			
Soffre di depressione?			
E' fumatore?			
Consuma droghe o farmaci psicotropi di qualunque tipo?			
Consuma alcolici?			
Soffre di cefalea – mal di testa – emicrania – vertigini?			
Soffre di dolori a schiena-collo?			
Le capita di svegliarsi al mattino con dolore o senso di tensione ai muscoli del viso?			
Le capita di stringere-digrignare i denti durante la notte (secondo lei) o durante il giorno durante alcune attività?			

1) Conosce all'incirca i suoi valori di pressione arteriosa? Min..... Max.....

2) Soffre di Epatite Virale (Epatite A – B – C – Altro tipo...)? SI NO

3) Soffre di Sindrome da Immuno-deficienza acquisita (HIV-AIDS)? SI NO

4) Assume dei farmaci in modo continuativo? Se si, per quale

motivo?.....  
 .....

- .....
- 5) Soffre/ha sofferto di qualche patologia, anomalia o problematica non precedentemente elencata finora in questo questionario? Se si, quale/i?.....
- .....
- .....
- .....
- .....
- 6) Qual'è il motivo della sua visita qui in studio odontoiatrico?.....
- .....
- 7) Può gentilmente elencare il/i nome/i del/i farmaco/i che assume abitualmente se ne assume?.....
- .....
- .....

SOLO PER LE SIGNORINE-SIGNORE:

Il ciclo mestruale è regolare?    SI      NO  
 E' in corso una gravidanza o sospetta di esserlo?    SI      NO

Eventuali altri documenti andranno compilati qui in studio qualora fosse necessario.

DATA ...../...../.....FIRMA (tutore/genitore se minorenni).....

## Informativa sul trattamento dei dati ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679

### Titolare del trattamento

La informiamo che ai sensi del regolamento UE 2016/679 (infra: "Regolamento"), i suoi dati personali saranno trattati dallo studio del Dott. Annibale Barbuto (studio dentistico Dr A&M Barbuto AMB) in qualità di titolare del trattamento ("Titolare").

### Tipi di dati oggetto del trattamento

Il titolare tratterà i dati che rientrano nelle definizioni di cui art. 4(1) e 9(1) del Regolamento, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nome, cognome, numero di telefono, indirizzo e-mail, nonché categorie particolari di dati personali quali i dati relativi allo stato di salute che verranno raccolti nell'espletamento delle prestazioni mediche e odontoiatriche, di seguito e complessivamente "Dati Personali".

### Finalità, base giuridica e natura facoltativa o obbligatoria del trattamento

In suoi dati personali saranno trattati, dietro suo specifico consenso, se necessario, per:

- erogare i servizi richiesti (eseguire le prestazioni odontoiatriche, riscontrare specifiche richieste di informazioni, effettuare, se necessario, prestazioni farmacologiche, consulenza odontoiatrica, fornire chiarimenti, e in generale, per la gestione delle attività, anche amministrativo-contabili, connesse all'esecuzione del rapporto tra le parti)
- assolvere eventuali obblighi previsti dalla legge, e/o da un regolamento o normativa comunitaria
- comunicare i suoi Dati Personali al suo medico curante
- attività promozionale e commerciale (se ve ne sono), ivi compresa la possibilità di elaborare statistiche e ricerche di mercato, inviarle materiale informativo e promozionale inerente l'attività, i prodotti ed i servizi dello studio medico/Titolare. Nel caso decida di prestare il suo consenso per tale attività, la informiamo che queste potranno svolgersi per mezzo di:

- posta cartacea -contatti telefonici tramite operatore -e-mail -invio di sms -utilizzo di social network

La informiamo altresì, che in ogni momento potrà decidere di revocare il consenso precedentemente rilasciato, per le modalità tradizionali od automatizzate, comunicando al Titolare senza alcuna formalità scrivendo all'indirizzo indicato in calce alla presente normativa. Qualora, in ogni caso, lei desiderasse opporsi al trattamento dei suoi dati per tale finalità eseguita con i mezzi qui indicati, potrà farlo in qualunque momento contattando il Titolare., senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

La base giuridica del trattamento per le finalità di cui alla lettera a) è l'art 6(1)(b) del Regolamento ("il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso"). Il trattamento delle categorie particolari dei dati personali è basato sull' art9(2)(h) del regolamento ("Il trattamento è necessario per le finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e dei servizi sanitari o sociali..."), oltre che sulle autorizzazioni pro tempore vigenti del Garante per la protezione dei dati personali.

La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera c) è l'art. (6)(1)(a) del Regolamento ("l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei dati personali per una più specifiche finalità")

La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera d) è l'art. (6)(1)(a) del Regolamento ("l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei dati personali per una più specifiche finalità")

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate alle lettere a) e b) è facoltativo, ma in difetto non sarà possibile espletare la prestazione medica e odontoiatrica.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate alle lettera. c) è facoltativo e l'eventuale mancato conferimento non impedirà l'espletamento della prestazione medica e odontoiatrica e l'erogazione dei servizi richiesti, ferma l'impossibilità per lo Studio di comunicare i Dati personali al suo medico curante.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate alle lettera d) è facoltativo, e l'eventuale mancato conferimento non impedirà l'espletamento della prestazione e l'erogazione dei servizi richiesti.

In relazione a quanto sopra, il trattamento dei suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

### Destinatari e trasferimento dei Dati Personali

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:

-persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizioni di un accordo di riservatezza (es dipendenti e/o collaboratori del Titolare)

-commercialista, laboratorio odontotecnico e/o altri professionisti che prestano attività di assistenza e consulenza al Titolare i quali agiscono in qualità di responsabili del trattamento

-soggetti, enti o autorità a cui sia obbligatorio comunicare i suoi Dati Personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di ordini delle autorità (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Agenzia delle Entrate, Sistema Tessera

Sanitaria)

-al suo medico curante, previo rilascio del suo consenso specifico

Il Titolare non trasferisce i suoi dati personali al di fuori dello spazio economico europeo.

#### Conservazione dei dati personali

I suoi Dati Personali di cui alla lettera a) saranno conservati per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni mediche e odontoiatriche e dei servizi richiesti. E' fatta salva in ogni caso l'ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile tra cui quella prevista dall' art. 2946 c.c

I suoi dati personali trattati per le finalità di cui alla lettera b) saranno conservati fino al tempo previsto dallo specifico obbligo o norma di legge o provvedimento applicabile.

Per le finalità di cui alle lettere c) e d) i suoi Dati Personali saranno invece trattati, come regola generale, fino alla revoca del suo consenso. Pertanto, nel caso in cui receda dai servizi offerti, i Dati Personali potrebbero essere trattati anche successivamente per le finalità di cui alla lettera d) qualora non abbia revocato il suo consenso.

E' fatta salva in ogni caso la possibilità del Titolare di conservare i suoi dati personali per il periodo di tempo previsto e ammesso dalla legge nazionale a tutela dei propri interessi (art. 2946 c.c). Maggiori informazioni sono disponibili presso il Titolare.

#### I suoi diritti

Lei ha diritto di richiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi dati personali, a rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall' art. 18 del regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall' art 20 del Regolamento.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare al seguente indirizzo:

via Milano 15 – 21019 – Somma l.do (posta cartacea) – annibale.barbuto@alice.it (e-mail)

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente (garante per la Protezione dei Dati Personali), ai sensi dell' art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati Personali sia contrario alla normativa in vigore.

Letta e compresa l'informativa ex art. 13 del Regolamento 2016/679

Acconsento  Non acconsento

al trattamento dei miei dati personali per finalità di cui alla lettera d)

Acconsento  Non acconsento

alla comunicazione dei miei dati personali al mio medico curante.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
Nome Cognome: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### IN CASO DI PAZIENTI MINORI

Io sottoscritto/a Signor/a (dati dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore),

Nome Cognome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

Nome Cognome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

letto e compreso quanto precede, fermo restando che i Dati Personali del minore non potranno mai essere utilizzati in modo da ledere la sua dignità/libertà:

Acconsento  Non Acconsento

alla comunicazione dei Dati Personali del minore al medico curante.

Inoltre, garantisco e dichiaro sotto la mia propria responsabilità, così tenendo indenne il Titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo:

a) di essere il legale rappresentante del minore ed essere legittimato/a a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra;

b) che i dati identificativi su riportati del dichiarante e del minore corrispondono effettivamente alla loro vera identità.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore \_\_\_\_\_