

**DATI ANAGRAFICI**

**Cognome e Nome**.....

**Data e luogo di nascita**.....

**Indirizzo**.....**C.A.P.**.....**Comune**.....**Prov...**

**Indirizzo di posta elettronica**.....

**Codice Fiscale**.....

**Professione**.....

**Tel. Casa**.....**Tel.Ufficio**.....**Cellulare**.....

**Medico curante**.....**Tel.**.....

**Disponibilità di giorni e orari**.....

**Fondo rimborso spese odontoiatriche**.....

**SCHEDA ANAMNESTICA PER INTERVENTI ODONTOIATRICI IN ANESTESIA LOCALE**

È in buona salute attualmente? _____	SI	NO	
Ha avuto in passato malattie gravi o interventi chirurgici? _____	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Le è mai stato diagnosticato un tumore?	SI	NO	
È in grado di camminare a passo sostenuto?	SI	NO	
Sta attualmente facendo cure mediche?	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Prende abitualmente medicinali?	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Assume anticoncezionali orali?	SI	NO	
È in stato di gravidanza?	SI	NO	
Fuma?	SI	NO	
È mai svenuto dal dentista?	SI	NO	
Assume alcolici abitualmente?	SI	NO	
Ha mai avuto o ha (se in passato, specifichi quando):			
Malattie di cuore	SI	NO	Quali?.....
Pressione alta	SI	NO	
Pressione bassa	SI	NO	
Allergie	SI	NO	Quali?.....
Asma, sinusite	SI	NO	
Problemi in corso di anestesie	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Diabete	SI	NO	
Epatiti virali	SI	NO	Quali?.....
Malattie renali	SI	NO	
Malattie della tiroide	SI	NO	
Malattie dello stomaco	SI	NO	
Malattie del tubo digerente	SI	NO	
Malattie della pelle	SI	NO	
Epilessia	SI	NO	
Malattie polmonari	SI	NO	
Malattie veneree	SI	NO	
Malattie nervose o depressive o psichiche	SI	NO	
Malattie del sangue, emorragie, anemia	SI	NO	
Mononucleosi infettiva	SI	NO	
Altre malattie non precedentemente elencate	SI	NO	
Se sì, quali?.....			

Dichiaro di essere stato informato sui trattamenti a cui sarò sottoposto e di essere consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare ed essere connessi a tali trattamenti, nonostante le tecniche siano sicure, ampiamente sperimentate e largamente praticate nella professione odontoiatrica; tali pratiche tuttavia, come accade per tutte le discipline mediche, non sono esenti da un certo margine di rischio anche se attuate con perizia, prudenza e diligenza.

Presto pertanto il mio consenso alla terapia che mi è stata spiegata e illustrata.

Il corrispettivo per l'opera del medico e per i materiali occorrenti potrà essere convenuto previamente mediante richiesta di un preventivo, valido per tre mesi, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

DATA.....FIRMA DELL'INTERESSATO/A.....



Dott.ssa  
**Michela Melchiorre**

**Odontoiatra**

**ANAMNESI SPECIFICA**

**Cognome e Nome.....**

1. Il motivo di questa visita è il controllo periodico della sua bocca? .....
2. Ha attualmente un problema specifico? .....Se sì, quale?.....
3. La sua ultima visita odontoiatrica risale a  
sei mesi fa  un anno fa  più di un anno fa
4. Il suo ultimo esame radiografico dentale è stato effettuato  
sei mesi fa  un anno fa  più di un anno fa
5. Tale esame radiografico era parziale  totale
6. Ha spesso gengive gonfie e dolenti?.....
7. Le sanguinano le gengive quando spazzola i denti?..... E durante il sonno?.....
8. Le hanno mai riferito  o ha mai notato  di avere l'alito pesante?.....
9. Ha mai notato cattivo gusto in bocca?.....
10. Ha mai subito trattamenti parodontali?.....
11. Ha mai perso dei denti? .....perché?.....
12. Ha notato se qualche dente si è spostato?.....Allungato?.....
13. Ha mai notato denti vacillanti?.....
14. Ha mai notato spazi fra i denti?.....
15. Ha mai notato grossolani residui alimentari fra i denti?.....
16. Ha mai notato cambiamento di colore nei denti?.....Nelle gengive?.....
17. Ha mai notato tumefazioni all'interno della bocca? .....Ulcerazioni?.....
18. I suoi denti sono sensibili?.....Quali denti in particolare?.....  
A che cosa? caldo  freddo  dolce  acido
19. Si è mai accorto di digrignare i denti durante il sonno?.....  
Le hanno mai riferito  o si è mai accorto  di russare?.....
20. Soffre di artrosi?.....Di artrite?.....
21. Le ha mai detto un medico che soffre di nevralgia?.....Di neurite?.....Di neurosi?.....
22. Ha qualche vizio concernente la bocca (succhiarsi il dito, la penna, mordersi il labbro, mangiare le unghie ecc.)?.....Quale?.....
23. Ha mai avuto gravi mal di denti? .....Quando?.....
24. Ha mai avuto problemi con tonsille e adenoidi?.....Sinusite?.....
25. Ha portato apparecchi ortodontici?..... A che età? .....Per quanto tempo?.....

26. Ha mai dolore all'orecchio o intorno ad esso?.....Otite?.....
27. Aprendo e chiudendo la bocca, sente un “click” o altro rumore?.....Dolore?.....
28. Ha mai avuto difficoltà nell'aprire la bocca?..... Quando?.....Può spostare la mandibola in tutte le direzioni?.....
29. Ha mai fatto una visita dall'osteopata?.....Dal chiropratico?.....
30. Soffre di mal di testa/cefalea/emicrania?.....quante volte al mese?.....
31. È soggetto spesso all'herpes labialis (febbre al labbro)?.....Alle afte?.....
32. E dopo le cure dentistiche?.....
33. Spazzola regolarmente i suoi denti? .....Quando?.....Sul lavoro?.....
34. Usa uno spazzolino elettrico  manuale   
di nylon  di setola naturale   
duro  medio  morbido
35. Usa stuzzicadenti?..... Usa il filo interdentale?.....quando?.....
36. Usa dentifrici sbiancanti?..... quale e quando?.....
37. Usa irrigatori odontoiatrici? .....Usa il collutorio?.....quale e quando?.....
38. Che cosa prende a colazione?.....A merenda?.....
39. Mangia o beve regolarmente questi cibi e bevande?  
coca cola, aranciata, ecc.  vegetali  frutta   
carne, pesce  frullati  latte e prodotti caseari  uova   
dolci  caramelle  chewing-gum  miele  cioccolata   
birra  vino  aperitivi  digestivi  liquori   
altro.....
40. Ha parenti stretti con protesi totali?.....
41. È soddisfatto dell'aspetto del suo sorriso?.....
42. Se potesse cambiare qualcosa della sua bocca che cosa cambierebbe?.....  
E come prima cosa?.....
43. La turba l'idea di estrarre dei denti e sostituirli con una protesi da togliere e mettere?.....
44. Si considera particolarmente pauroso? .....
45. Ha avuto qualche esperienza dal dentista che l'ha spaventata?.....  
Quando? .....Descriva.....
46. Come ci ha trovati?..... Qualche suo parente o amico è già stato  
curato in questo studio? .....Chi?.....
47. Preferisce masticare:  a destra  a sinistra  indifferentemente a destra e a sinistra
48. Ha qualche raccomandazione o segnalazione particolare da fare prima della  
visita?.....

Genova, il.....

Firma .....

### **Titolare del trattamento**

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (infra: "Regolamento"), i suoi Dati Personali saranno trattati dalla dottoressa Michela Melchiorre in qualità di titolare del trattamento ("Titolare").

### **Tipi di dati oggetto del trattamento**

Il Titolare tratterà i dati che rientrano nelle definizioni di cui all'art. 4(1) e 9(1) del Regolamento, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nome, cognome, il numero di telefono, l'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 solo "Dati Personali".

### **Finalità, base giuridica e natura facoltatività o obbligatoria del trattamento**

I suoi Dati Personali saranno trattati, dietro suo specifico consenso, se necessario, per:

- a)** erogare i servizi richiesti (eseguire la prestazione odontoiatrica, riscontrare specifiche richieste di informazioni, effettuare, se necessario, prescrizioni farmacologiche, consulenza odontoiatrica, fornire chiarimenti, e, in generale, per la gestione delle attività, anche amministrativo-contabili, connesse all'esecuzione del rapporto tra le parti);
- b)** assolvere eventuali obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- c)** comunicare i suoi Dati Personali al suo medico curante;
- d)** attività promozionale e commerciale, ivi compresa la possibilità di elaborare statistiche e ricerche di mercato, inviarle materiale informativo e promozionale inerente l'attività, i prodotti e i servizi del 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 modalità tradizionali o automatizzate comunicandolo al Titolare senza alcuna formalità scrivendo all'indirizzo indicato in calce alla presente informativa. 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 la 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 di dati personali è basato sull'art. 9(2)(h) del Regolamento ("[...] il trattamento è necessario per 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 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 b) è l'art. 6(1)(c) del Regolamento in quanto il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento. 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 propri dati personali per una o 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 propri dati personali per una o 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 la finalità di cui alla lettera c) è altresì 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 la finalità di cui alla 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 sottoscrizione 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 per la finalità di cui alla lettera a) saranno conservati per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni mediche e odontoiatriche e dei servizi richiesti. È 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 la finalità di cui alla lettera b) saranno conservati fino al tempo previsto dallo specifico obbligo o norma di legge o provvedimento applicabile. Per la 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 potrebbe essere trattati anche successivamente per la finalità di cui alla lettera d) qualora non abbia revocato il suo consenso. È 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 il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi Dati Personali, la 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 G.t. Invrea 7/3 16129 Genova (posta cartacea) o michela@pec.studiomelchiorre.com (posta elettronica). 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 commerciali di cui alla lettera d)

Acconsento  Non acconsento

alla comunicazione dei miei Dati Personali al mio medico curante.

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

## **IN CASO DI PAZIENTI MINORENNI:**

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

nome cognome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,

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

nella qualità di genitore/tutore e come tale legale rappresentante del minore (dati del minore):

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 e/o 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** \_\_\_\_\_