



Dott.ssa
Michela Melchiorre

Odontoiatra

Per pazienti minorenni

Cognome e Nome del Minorenne.....

Luogo e data di nascita.....

IndirizzoC.A.P.....Comune.....Prov.....

Codice Fiscale.....Tel. Casa.....

Cognome e Nome Mamma.....Tel Mamma.....

Cognome e Nome Papà.....Tel Papà.....

e-mail.....

Dati Tutore se diverso da entrambi i genitori.....Tel Tutore.....

Pediatra Curante.....Tel.....

INTESTATARIO DEI DOCUMENTI E DELLE FATTURE se diverso dal paziente minorenne

Cognome e Nome.....

Codice fiscale.....

Luogo e data di nascita.....e-mail.....

Indirizzo (se diverso).....C.A.P.....Comune.....Prov.....

1. Qual è il suo stato di salute generale?
2. Ha subito interventi o ricoveri ospedalieri nella sua vita?..... Quando
3. Per quale motivo?.....
4. Deve assumere regolarmente dei farmaci?.....Perchè?.....
5. Quali farmaci?.....
6. Soffre di allergie a farmaci o ad altre sostanze?.....Quali?.....
7. Ha mai sofferto di epilessia?.....Di emorragie?.....
8. È mai svenuto?.....Ha già avuto il menarca/lo spermarca?.....Quando?.....
9. Il motivo di questa visita è il controllo periodico della sua bocca?
10. Ha attualmente un problema specifico?Se sì, quale?.....
11. La sua ultima visita odontoiatrica risale a mai, è la prima volta
sei mesi fa un anno fa più di un anno fa
12. Il suo ultimo esame radiografico dentale è stato effettuato mai,
sei mesi fa un anno fa più di un anno fa
13. Tale esame radiografico era parziale totale

14. Ha mai subito traumi alla faccia o ai denti?.....Quando?.....
15. Fa sport o altre attività extra-scolastica?quali?.....
16. Le sanguinano le gengive quando spazzola i denti?.....
17. Ha mai notato alito pesante? Ha mai notato cattivo gusto in bocca?.....
18. Ha mai fatto una visita con l'osteopata?.....Con il logopedista?.....
19. Ha cambiato dei denti?.....Quali?.....
20. Ha mai notato cambiamento di colore nelle gengive?.....
21. Ha mai notato tumefazioni o ulcerazioni all'interno della bocca?.....
22. Ha mai avuto gravi mal di denti?.....
23. I suoi denti sono sensibili?..... A che cosa?
caldo freddo dolce acido
24. Qualcuno si è mai accorto che digrigna i denti durante il sonno?.....e che russa?.....
25. Ha qualche vizio (ciuccio, biberon, succhiare il dito o la penna, mordersi il labbro, mangiare le unghie, ecc.) concernente la bocca?.....Quale?.....
26. Ha mai sofferto di incubi notturni?.....Di enuresi?.....
27. Ha mai avuto problemi con tonsille e adenoidi?Usa fare lavaggi nasali?.....
28. Ha portato o porta apparecchi ortodontici?.....Da che età?..... Per quanto tempo?.....
29. Ha mai dolore all'orecchio o intorno ad esso?..... Soffre o ha sofferto di otite?.....
30. Aprendo e chiudendo la bocca, sente un "click"?
31. Ha mai avuto difficoltà nell'aprire la bocca?.....
32. Può spostare la mandibola in tutte le direzioni?
33. È soggetto spesso all'herpes labialis (febbre al labbro)?.....
34. Dopo le cure dentistiche?
35. Spazzola regolarmente i suoi denti?Quando?.....A scuola?.....
36. Usa uno spazzolino elettrico manuale Di nylon di setola naturale
duro medio morbido
37. Che cosa prende a colazione?.....
38. Che cosa prende 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
40. Si considera particolarmente pauroso?
41. Ha avuto qualche esperienza dal dentista che l'ha spaventata?.....
Quando?Descriva.....
42. Qualche suo parente o amico è già stato curato in questo studio? Chi?

Genova, il..... Firma del Paziente.....

Firma del Tutore.....

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 _____