



ANAMNESI

In ottemperanza all'art.13 e art. 26 del D. lgs.169/2003 la informo, con questo scritto, sull'uso dei dati personali che lei mi sta fornendo.

I dati di tipo anagrafico sono inseriti in un archivio magnetico e saranno usati per la fatturazione delle parcelle (anche in forma dettagliata) , la prescrizione al nostro odontotecnico di dispositivi su misura che le possono servire, per eventuali comunicazioni tra lei e lo studio.

I dati di tipo anamnestico sono inseriti in archivio magnetico e saranno usati per documentare la sua storia clinica.

I suoi dati, resi anonimi, potranno essere usati per pubblicazioni, congressi scientifici.

I dati raccolti in ogni modo non saranno diffusi o comunicati.

La raccolta di questi dati è necessaria per lo svolgimento della professione, perciò potranno essere utilizzati dal Dott. Fabio Disconzi, dalla Dott.ssa Cinzia Minazzi, dai collaboratori e dai dipendenti dell'ambulatorio per l'espletamento delle loro attività.

Inoltre mi autorizza a duplicare le immagini diagnostiche da Lei portate in visione a e mantenerle in ambulatorio ad esclusivo uso interno.

Il responsabile della protezione dei dati in mio possesso è il Dott. Fabio Disconzi.

Sono stati attivati sistemi di protezione per evitare che i dati siano sottratti, danneggiati, modificati o persi.

Le ricordo inoltre che tutte le immagini delle **indagini radiologiche** effettuate in questo ambulatorio(radiografie endorali, ortopantomografie e teleradiografie) **per legge possono essere consegnate solo in caso di rilevanza per la salute del paziente.** Il legislatore permette l'utilizzo di apparecchiature radiologiche solo al fine di effettuare diagnosi interna.

Le ricordo i suoi diritti

art.13 della legge 675

Ha diritto:

- Di conoscere mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti istituito presso il Garante, dell'esistenza di trattamenti di dati che la riguardano.
- Di essere informato sul titolare del trattamento dei dati, sulle finalità del trattamento e sul responsabile della sicurezza dei dati.
- Di ottenere senza ritardo
 - ◆ la conferma d'esistenza di dati personali che la riguardano;
 - ◆ la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati illegalmente;
 - ◆ l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati.
- Di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano.
- Di opporsi al trattamento dei dati a fini commerciali o d'invio di materiale pubblicitario.

Con questa firma acconsento al trattamento dei dati.

Firma.....



Cognome e Nome Data

Domicilio: via n° Città CAP

Data di nascita Luogo di nascita Professione

Tel. di casa Cell. e-mail Medico curante

Luogo di lavoro Tel. ufficio Inviato da

Condizioni generali di salute

Attualmente è in buona salute? SI NO

Ha avuto in passato malattie gravi o ha subito interventi chirurgici? SI NO

Se si, quali?

Sta attualmente facendo cure mediche? SI NO

Se si quali?

Anamnesi medica

Ha avuto o ha tuttora:

■ Malattie di cuore SI NO

■ Pressione alta/bassa SI NO

■ Asma o malattie allergiche SI NO

Se si, quali?

■ Diabete SI NO

■ Epatiti virali SI NO

■ Altre malattie del fegato SI NO

■ Malattie renali SI NO

■ Malattie della tiroide SI NO

■ Malattie dello stomaco o ulcere SI NO

■ Malattie del tubo digerente SI NO

■ Malattie polmonari SI NO

■ Disturbi visivi: lenti a contatto, glaucoma, ecc. SI NO

■ Malattie veneree SI NO

■ Malattie nervose o depressive SI NO

■ Malattie del sangue, emorragie SI NO

■ Gravi forme reumatiche SI NO

■ Convulsioni o epilessia SI NO

■ Altre malattie non precedentemente elencate SI NO

Se, si quali?

Ha mai avuto reazioni sfavorevoli a medicine

(aspirina, penicillina, o altro)? SI NO

Sanguina molto quando si ferisce? SI NO

Segue diete particolari o il suo peso è variato ultimamente? SI NO

Fuma? SI NO

Se si, quante al giorno?

Beve alcolici abitualmente? SI NO

Prende abitualmente medicinali? SI NO

Se si, quali?

Stato di gravidanza SI NO

Le saremo grati se vorrà specificarci il modo in cui potremmo suddividere gli appuntamenti in base alle sue esigenze personali:

tanti appuntamenti di breve durata

pochi appuntamenti di durata più lunga

prevalentemente la mattina

prevalentemente il pomeriggio

turnista

Se compila questa cartella per un minore o un disabile specifichi il Suo grado di parentela.....

Sono stato informato e ho capito che mi dovrò sottoporre ai seguenti trattamenti: visite di controllo, radiografie endorali od extraorali tramite strumenti che producono radiazioni ionizzanti ed igiene professionale.

Data.....

Firma.....

Grazie

Anamnesi dentale

Usa lo spazzolino? SI NO

Usa il filo interdentale? SI NO

Le gengive le sanguinano? SI NO

Ha particolare sensibilità al caldo o al freddo? SI NO

Ha mai avuto vesciche o ulcere in bocca? SI NO

I denti si muovono? SI NO

Ha osservato uno spostamento di alcuni denti? SI NO

Ha alito cattivo? SI NO

Respira con la bocca? SI NO

Digrigna i denti di notte? SI NO

Si sveglia con i muscoli della bocca stanchi o doloranti? SI NO

Soffre spesso di nevralgie o di dolori al collo o alle spalle? SI NO

Ha mai avuto dolori all'articolazione o al viso

oppure vicino alle orecchie? SI NO

Sente dei rumori alle articolazioni temporo mandibolari? SI NO

Da che lato della bocca mangia? DESTRA SINISTRA

Quando è stato visitato l'ultima volta da un dentista?

.....

Quando ha fatto pulire i suoi denti l'ultima volta da un'igienista?

.....

Le cure odontoiatriche le creano tensioni o ansie? SI NO

È soddisfatto dell'estetica dei suoi denti? SI NO

Quanto è importante per Lei conservare i suoi denti?

POCO ABBASTANZA TANTO TANTISSIMO

Perchè sta facendo questa visita specialistica?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....