

INFORMATIVA ALLA CLIENTELA AI SENSI DELLA LEGGE
31.12.1996 NR. 675 - TUTELA DELLA PRIVACY -

Ai sensi della Legge 196/03 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), La informiamo che i dati personali elencati dal presente modulo sono utilizzati esclusivamente a fini di diagnosi e cura. Sono pertanto richiesti in forma obbligatoria, pena l'impossibilità di procedere alle cure eventualmente necessarie.

I dati forniti possono essere comunicati, limitatamente alle specifiche competenze e per gli aspetti strettamente necessari, alle persone ed agli enti connessi all'esercizio della professione. In qualsiasi momento lo desidera potrà chiedere che Le vengano messi a disposizione in forma intelligibile o, nel caso, aggiornati, tutti i dati riguardanti la sua persona ed in nostro possesso. Il suo Curante (Dr. Fedi responsabile del trattamento) è disponibile per fornirle ogni ulteriore informazione o chiarimento in merito.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ (Cognome da coniugata) _____
Nome _____ Cod Fisc. _____
Luogo e data di nascita _____ Prov. _____ il ___/___/___
Residenza: C.so/Via _____ N. civico _____
Città _____ Prov. _____ CAP _____
Tel. Abitazione ___/___/___ Tel. Ufficio ___/___/___
Tel. Cellulare ___/___/___ E_mail _____
Professione _____
Inviato da: _____

Dichiaro di essere pienamente informato ed esprimo il mio consenso alla raccolta ed al trattamento dei miei dati personali.

Do - Nego il consenso per ricevere novità sulla mia casella di posta elettronica
Do - Nego il consenso per ricevere chiamate su: cellulare -tel fisso -tel. ufficio

Data ___/___/___ FIRMA _____

IN CASO DI MINORE

Cognome e nome del genitore (o di chi ne fa le veci)

IN CASO DI GENITORI SEPARATI: firma del genitore affidatario

La preghiamo di dedicare qualche minuto di attenzione alla lettura e alla compilazione delle risposte delle pagine del questionario, alle quali dovrà rispondere il più completamente e sinceramente possibile.

1) Data approssimativa dell'ultimo check -up odontoiatrico.

- 0-3 mesi 13-18 mesi
 3-6 mesi 19-24 mesi
 6-12 mesi 24 o più mesi

2) Ha mai sentito parlare di trattamenti rapidi per sbiancare i denti?

Segue ->

- Tv Radio Giornali
 Riviste Lettere pubbl. Amici
 Siti Internet Altrove

3) Le interessa?

- Si No

4) Ogni altro suo problema dentale di cui è a conoscenza:

- Limitata apribilità della bocca (TMJ) Otturazioni di denti frontali
 Sensibilità a liquidi/cibi dolci/acidi Denti mancanti
 Piaghe buccali Denti significativamente usurati
 I suoi denti hanno tracce di colorazioni da trauma, Endodonzia o come effetto di antibiotici Recessioni gengivali
 Gengive sanguinanti allo spazzolamento o al passaggio del filo interdentale

Ansia per trattamenti dentali? (freddo)

- elevata media bassa nessuna
 nessuna

Sensibilità termica (caldo o

- elevata media bassa

5) Ha avuto problemi in passato o attualmente problemi di (sbarrare la risposta esatta, il medico le chiederà poi maggiori informazioni a riguardo):

- Cuore Circolazione cerebro – vascolare
 Arterie / vene Epilessia
 Pressione Fegato
 Sangue Reni
 Occhi Orecchie
 Polmoni / bronchi Naso / gola
 Asma Apparato Muscolo – Scheletrico
 Stomaco / duodeno Sistema nervoso
 Tiroide Diabete: controllato con: Insulina Pillole Dieta Nulla

Allergie a: Farmaci Polveri Pollini Altro: _____

Altre malattie: _____

6) E' stato sottoposto a interventi chirurgici? Si No

7) Ha contratto nel passato, o ha oggi sintomi o il sospetto di malattie infettive? Si No

Se si, quali? Epatite virale: tipo _____ in che anno? _____

AIDS

Altro _____

8) Ha familiari o conviventi, che hanno contratto una delle precedenti malattie infettive?

- Si No

9) Ha già subito anestesie? Si No Problemi per l'anestesia? Si No

10) E' portatore di pacemaker o di protesi acustica? Si No

11) Fa uso, anche saltuariamente, di sostanze stupefacenti? Si No

12) Beve (contrassegnare la voce positiva):

- Tè Caffè Bevande fortemente colorate Vino rosso Super alcolici

13) Fuma Si No Se si, quante al giorno?

14) Attualmente prende farmaci? Si No Se si, di che tipo?

Tranquillanti o antidepressivi?

Trinitrina o altro?

Aspirina o anticoagulanti?

Estratti tiroidei?

Cortisone o altri steroidi?

Erboristeria od omeopatiche?

Altri _____

Segue ->

- 15) E' soggetto a emorragie? Si No
- 16) Sanguina in modo anomalo quando si ferisce? Si No
- 17) Presenta ematomi o si gonfia facilmente dopo un intervento chirurgico? Si No
- 18) E' facilmente soggetto a infezioni? Si No
- Per la donna
- 19) E' in gravidanza? Si No Se si, a quale mese?
- _____
- 20) Sta assumendo pillole anticoncezionali o ormoni? Si No
- 21) Il ciclo mestruale è regolare? Si No
- 22) E' in menopausa? Si No

Data ___/___/___

Firma_____