

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Nome del medico curante \_\_\_\_\_ Data dell'ultima visita medica \_\_\_\_\_  
Il nostro studio Le è stato consigliato da \_\_\_\_\_ Data dell'ultima visita odontoiatrica \_\_\_\_\_  
Motivo della visita \_\_\_\_\_

## **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 dal Poliambulatorio Espressione Srl in qualità di titolare del trattamento ("Titolare").

### **Finalità del trattamento**

I dati da Lei forniti - o forniti in nome e per conto di un minore - saranno trattati solo per finalità predeterminate. Più esattamente per le seguenti finalità:

I dati relativi allo stato di salute, i dati biometrici quali le foto, le impronte e le scansioni digitali delle arcate dentarie, e i dati genetici, saranno utilizzati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie (visite specialistiche, approfondimenti strumentali ai fini di diagnosi, trattamenti e terapie) e per ogni altra attività necessaria all'esecuzione di tali prestazioni e degli adempimenti da esse derivanti.

La base di trattamento è l'art. 9 lett. h) del GDPR. Il rifiuto al trattamento di questi dati non permette l'erogazione della prestazione sanitaria.

I dati fiscali, anagrafici e di contatto saranno utilizzati per la fatturazione e per l'assolvimento di tutti gli altri adempimenti amministrativi, burocratici, fiscali e per lo svolgimento di tutte le attività aziendali in genere, inerenti al rapporto in essere: questi dati vengono raccolti sulla base di un nostro obbligo legale e in quanto necessari per l'esecuzione del contratto (art. 6.1.b-c). Il rifiuto a fornire i dati comporta l'impossibilità da parte nostra di adempiere agli obblighi contrattuali.

I suoi dati potranno essere trattati per il richiamo degli appuntamenti, invio di SMS ed ogni altra attività finalizzata alla migliore organizzazione del servizio, per la miglior esecuzione del contratto in essere.

Dati anagrafici e di contatto saranno utilizzati per l'invio di comunicazioni/informative sulle attività dello Studio (a mezzo di posta cartacea, telefonata con operatore, SMS, e-mail).

Una volta fornito il consenso per una finalità specifica, l'interessato, in qualsiasi momento, ha il diritto di revocarlo (art. 7.3 GDPR).

### **Modalità di trattamento dei dati**

Il trattamento sarà effettuato in modo: informatizzato e/o analogico, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le finalità sopra riportate, nel rispetto dei principi dell'art. 5 del GDPR.

Il trattamento sarà effettuato dal titolare e dagli autorizzati, con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la sicurezza e la riservatezza.

### **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 si avvale della consulenza e delle prestazioni di aziende esterne che potrebbero trasferire i suoi Dati Personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo, sempre nel rispetto delle clausole del modello UE.

### **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.

Tale conservazione non supererà comunque i 10 anni dall'ultimo trattamento eseguito presso la struttura.

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.

### Diritti dell'interessato (paziente)

Gli utenti (interessati al trattamento) dispongono di una serie di diritti ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Tali diritti sono:

- diritto di accedere ai propri dati personali (una volta avuta la conferma che i propri dati sono sottoposti ad un trattamento da parte del titolare);
- diritto di ottenere la rettifica e l'integrazione dei propri dati;
- diritto di ottenere la cancellazione dei propri dati;
- diritto di ottenere la limitazione del trattamento dei propri dati personali in presenza di determinate circostanze;
- diritto di ricevere i dati personali forniti al titolare in un formato strutturato e di uso comune, e di trasmetterli;
- diritto di opporsi al trattamento dei dati personali qualora ricorrano motivi connessi alla sua situazione;
- diritto di non essere sottoposto ad un processo decisionale automatizzato;
- diritto di ottenere comunicazione nel caso in cui i propri dati subissero una grave violazione; diritto di revocare il consenso al trattamento in qualsiasi momento;
- diritto di presentare reclamo davanti ad un'Autorità di controllo.

Le richieste di attivazione di un diritto vanno rivolte senza formalità al titolare, anche per il tramite di un incaricato. A tale richiesta deve essere fornito idoneo riscontro senza ritardo.

Il titolare del trattamento s'impegna a rendere il più agevole possibile l'esercizio dei diritti da parte degli interessati.

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

via Luigi Negrelli 21 - 47042 Cesenatico FC (Posta cartacea)

[srlespressione@gmail.com](mailto:srlespressione@gmail.com) (email). 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 l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e riconosciuto che il trattamento dei miei dati personali o di quelli delle Persone Rappresentate effettuato per dare esecuzione ad adempimenti di natura amministrativa e fiscale strettamente connessi con la prestazione sanitaria richiesta non necessitano del mio consenso (ai sensi dell'art.6 b-c GDPR), dichiaro invece quanto segue:

- rilascio il consenso al trattamento dei dati per l'invio di comunicazioni/informative sulle attività dello Studio.
- non rilascio il consenso al trattamento dei dati per l'invio di comunicazioni/informative sulle attività dello Studio.

Cesenatico , li \_\_\_\_\_

Nome e cognome (leggibile): \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Gentile paziente, le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande. I dati personali che ci fornirà saranno trattati nel massimo rispetto delle norme vigenti e ci consentiranno di offrirle il servizio medico migliore e più conforme al suo stato di salute generale e dentale.

La ringraziamo per la collaborazione

### ANAMNESI MEDICA

Ha sofferto o soffre di una delle seguenti patologie?

Malattie del cuore SI  NO  Quale? \_\_\_\_\_

Malattie del sangue (difficoltà nella coagulazione, rischio tromboembolico, anemia . . .) SI  NO  Quale? \_\_\_\_\_

Ipertensione arteriosa SI  NO

Osteoporosi SI  NO

Sinusite SI  NO

Malattie dell'apparato digerente SI  NO  Quale? \_\_\_\_\_

Malattie tratto respiratorio SI  NO  Quale? \_\_\_\_\_

Malattie del sistema nervoso (epilessia, cefalee, disturbi dell'umore..) SI  NO  Quale? \_\_\_\_\_

Diabete SI  NO

Malattie della tiroide SI  NO  Quale? \_\_\_\_\_

Malattie infettive (HIV ,epatite A,B,C altro . . .) SI  NO  Quale? \_\_\_\_\_

Malattie tumorali SI  NO

È o è stato sottoposto a terapia radiante o chemioterapia? SI  NO

Allergie al latte? SI  NO

Allergie a farmaci (come antibiotici o antinfiammatori) SI  NO  Quali? \_\_\_\_\_

Altre allergie \_\_\_\_\_

Ha avuto malattie gravi, ricoveri ospedalieri, negli ultimi 5 anni? SI  NO  Quali? \_\_\_\_\_

È stato sottoposto a trasfusioni? SI  NO

È fumatore? SI  NO  Quante al giorno? \_\_\_\_\_

È in gravidanza? SI  NO  In che mese? \_\_\_\_\_

Ha fatto o sta facendo terapia con farmaci conosciuti come bifosfonati, Denosumab e/o anticorpi monoclonali? SI  NO

Se sì, li sta assumendo per bocca  endovena o intramuscolo

Sta assumendo farmaci? SI  NO

Nome \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Cesenatico li \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_



## ANAMNESI ODONTOIATRICA

Le crea ansia recarsi del dentista per visita o cure? SI  NO  QUALCHE VOLTA

Le è già stata segnalata una di queste problematiche?

Carie ricorrente  Malattia parodontale(piorrea)  Problemi all'articolazione temporo mandibolare

Soffre di sensibilità ai denti? SI  NO  QUALCHE VOLTA

Ha notato le sue gengive sanguinare? SI  NO  QUALCHE VOLTA

Ha notato le sue gengive ritirarsi? SI  NO  QUALCHE VOLTA

Ha notato uno spostamento dei suoi denti o nota i suoi denti muoversi se li tocca? SI  NO

Ha la sensazione di avere l'alito cattivo? SI  NO  QUALCHE VOLTA

Ha la sensazione di serrare o digrignare i denti di notte o durante il giorno? SI  NO  QUALCHE VOLTA

I suoi denti le sembrano sempre più piccoli e abrasati? SI  NO  QUALCHE DENTE SOLO

Ha avuto complicanze nei precedenti interventi odontoiatrici (emorragie, sanguinamenti, infezioni)? SI  NO  Quali?

---

Ha messo apparecchio ortodontico fisso e/o mobile? SI  NO  A che età? \_\_\_\_\_

E' interessato all'estetica dei suoi denti? SI  NO

Sarebbe interessato ad un sistema per sbiancare i suoi denti? SI  NO

Ha notato una perdita di tono dei tessuti intorno alla bocca che vorrebbe correggere? SI  NO

Pensa che il suo sonno non sia di buona qualità, si sveglia più stanco di quando è andato a dormire magari con il mal di testa? Ha la tendenza ad addormentarsi facilmente durante la giornata? SI  NO  QUALCHE VOLTA

Soffre di dolori muscolari o articolari al collo, schiena o altre parti del corpo? SI  NO  QUALCHE VOLTA

Se potesse cambiare qualcosa del suo sorriso cosa cambierebbe? \_\_\_\_\_

Cesenatico li \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_