



Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Nome pediatra \_\_\_\_\_  
Data dell'ultima visita dal dentista \_\_\_\_\_  
Il nostro studio Le è stato consigliato da \_\_\_\_\_  
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 una 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.
- rilascio il consenso all'utilizzo delle fotografie acquisite durante i trattamenti per finalità informative e di promozione su canali social e web.

**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 suddetto minore (dati del minore):

nome cognome \_\_\_\_\_

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.

Dichiaro inoltre che la situazione familiare è

- GENITORI SPOSATI
- GENITORI SEPARATI O DIVORZIATI CON AFFIDAMENTO CONDIVISO
- GENITORI SEPARATI O DIVORZIATI CON AFFIDAMENTO ESCLUSIVO A NOME DI \_\_\_\_\_

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

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore \_\_\_\_\_

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 avuto pregresse esperienze mediche negative? SI  NO

Se sì, in ambito ospedaliero  o odontoiatrico  ?

E' in buone condizioni di salute? SI  NO

Soffre di diabete? SI  NO

Ha avuto in passato malattie gravi o interventi? SI  NO  Se sì, quali e a che età \_\_\_\_\_

Ha malattie del sangue? (anemia, difficoltà nella coagulazione ecc. . .) SI  NO

Assume abitualmente dei medicinali? SI  NO  Se sì, quali \_\_\_\_\_

Ha malattie dell'apparato digerente? SI  NO  Se sì, quali \_\_\_\_\_

Ha problemi allergici? SI  NO  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Ha avuto reazioni avverse e /o allergiche dopo aver assunto dei farmaci ? SI  NO

Se sì, quale farmaco? Antibiotici  Antinfiammatori  Altri  \_\_\_\_\_

Ha malattie polmonari? (asma, broncospasmo, ecc..) SI  NO

Ha malattie nervose? (epilessia, ecc) SI  NO  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Ha malattie infettive croniche? (epatite, HIV, ecc. . .) SI  NO

Soffre di otiti ricorrenti? SI  NO

Soffre di deficit della vitamina B12? SI  NO

Altre malattie non elencate: \_\_\_\_\_

Soffre di intolleranze alimentari? SI  NO  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Segue una dieta particolare? SI  NO  Se sì, quale? \_\_\_\_\_

Ha bevuto il latte materno? SI  NO  Se sì, fino a che età \_\_\_\_\_

Ha l'abitudine di bere o mangiare prima di coricarsi? SI  NO

Considerando il numero di pasti e spuntini che fa durante il giorno, il numero di volte che assume zuccheri e carboidrati (pane, pasta, pizza, cracker..) è: < 5  > 5  = 5

A quale età ha smesso di usare il ciuccio o succhiare il dito? \_\_\_\_\_

### **ANAMNESI ODONTOIATRICA**

Si lava i denti da solo? SI  NO

Ha dolore o sensibilità ai denti? SI  NO

Ha sanguinamento gengivale? SI  NO

Ha subito dei traumi dentali e/o incidenti? SI  NO  Se sì, a che età? \_\_\_\_\_

Ha difficoltà alla masticazione o lamenta dolore mentre mangia o subito dopo? SI  NO

Ha sonnolenza durante il giorno o fatica a concentrarsi sulle attività scolastiche? SI  NO

Avete l'impressione abbia delle apnee notturne, momenti durante il sonno in cui si ferma il respiro? SI  NO

Durante il sonno suo figlio/a tende a russare? SI  NO

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore \_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DEL SONNO NEI BAMBINI -

Si prega di rispondere alle seguenti domande riguardanti le abitudini del suo bambino/a durante il sonno o la veglia. Le domande si riferiscono alle abitudini che il suo bambino/a ha avuto durante l'ultimo mese.

- |   |                             |                             |                                 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Mentre dorme il suo bambino/a  |                             |                             |                                 |
| russa più della metà del tempo  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| russa sempre  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| russa forte   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| ha un respiro pesante e rumoroso  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| ha difficoltà a respirare   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha mai visto il suo bambino/a fare delle pause respiratorie durante la notte?              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 3. Il suo bambino/a   |                             |                             |                                 |
| tende a respirare a bocca pare durante il giorno  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| al mattino al risveglio ha la bocca secca   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| occasionalmente bagna il letto  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 4. Il suo bambino/a   |                             |                             |                                 |
| si sveglia sentendosi poco riposato il mattino  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| ha problemi di sonnolenza durante il giorno   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 5. Gli insegnanti hanno fatto notare che il suo bambino/a appare assonnato durante il giorno? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 6. E' difficile svegliare il suo bambino/a al mattino?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 7. Il suo bambino si sveglia con il mal di testa?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha smesso di crescere regolarmente in un certo periodo della sua vita?                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 9. Il suo bambino è sovrappeso?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| 10. Il suo bambino/a spesso   |                             |                             |                                 |
| non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| ha difficoltà ad organizzare compiti e attività?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| è facilmente distratto da stimoli esterni?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| si agita con le mani o i piedi o appare irrequieto quando sta seduto?                         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| è sempre in movimento o ipercinetico?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |
| interrompe o si intromette tra gli altri (durante un gioco o una chiacchierata)?              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NON SO <input type="checkbox"/> |

**GRAZIE MILLE DELLA COLLABORAZIONE**