

**NOME E COGNOME DEL PAZIENTE**

**data**

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Indirizzo del lavoro \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono ufficio \_\_\_\_\_

E-mail ufficio \_\_\_\_\_

Ha rimborso assicurativo? \_\_\_\_\_

Modalità di pagamento:

Contanti     Bancomat     Carta di credito     Finanziamento

**NOME E COGNOME DEL PAZIENTE**

**data**



**GENERICI:**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 01. Ha avuto gravi problemi di salute nell'infanzia?<br>se SI specificare quali _____   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 02. Assume farmaci per l'osteoporosi (BIFOSFONATI)  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 03. Respira con la bocca aperta?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 04. È mai stato sottoposto/a ad anestesia generale?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 05. Ha qualche problema di salute?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 06. È in stato di Gravidanza?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 07. È allergico/a a qualche farmaco<br>se SI specificare quali _____  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 08. Ha mai avuto disturbi dopo l'anestesia fatta dal dentista?<br>se SI specificare se: <input type="checkbox"/> svenimenti <input type="checkbox"/> mal di testa <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 09. Va soggetto/a ad EMORRAGIE? (sangue dal naso o altro)   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Soffre di IPERTENSIONE? (ha la pressione del sangue alta)   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. Ritieni che ci sia qualche problema riguardante la sua salute che desidera comunicare direttamente al medico?<br>se SI, il medico è a sua disposizione durante la visita  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**HA O HA AVUTO:**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 12. Malattie di cuore? (infarto, angina, ecc)  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. DIABETE?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. EPATITE VIRALE?<br>se SI specificare il tipo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 15. Altre malattie al FEGATO?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16. Malattie RENALI?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 17. Malattie della TIROIDE?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 18. Malattie dello STOMACO? ( gastrite, ulcera gastrica)   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 19. Malattie INTESTINALI? (colite cronica)   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 20. Malattie POLMONARI? (bronchite cronica, enfisema)  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 21. ASMA?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 22. Malattie NERVOSE o DEPRESSIVE?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 23. Malattie del SANGUE?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**NOME E COGNOME DEL PAZIENTE**

**data**



**ABITUDINI:**

24. Tende a consumare dolci in modo non controllato?  SI  NO
25. Prende vitamine su indicazione medica?  SI  NO
26. Assume farmaci? (terapie mediche abituali)  
se SI specificare quali e con quale dosaggio \_\_\_\_\_  SI  NO
- |                    | MOLTO                    | MODERATO                 | POCO                     | MAI                      |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Beve alcool?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Beve caffè?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Fuma?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Mastica gomma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**INFORMAZIONI MIRATE:**

31. Stringe i denti durante il giorno?  SI  NO
32. Le hanno mai detto che digrigna i denti durante il sonno?  SI  NO
33. Ha difficoltà a masticare?  
se SI specificare se ha:  mal di denti  male all'articolazione  apertura bocca limitata  SI  NO
34. E' mai rimasto/a con la bocca aperta e bloccata?  SI  NO
35. Le è mai accaduto che la bocca non si aprisse , avesse una apertura limitata o facesse rumore durante i movimenti?  SI  NO
36. Ha subito incidenti o è stato colpito alla mandibola o viso?  
se SI specificare se:  quest'anno  negli ultimi 5 anni  più di 5 anni fa  SI  NO
37. Ha subito "colpi di frusta" o ha avuto incidenti al collo o alla schiena?  SI  NO
38. Ha mai sofferto di dolori al collo, alle spalle ed alla schiena?  SI  NO
39. Ha mai sofferto di mal di testa?  SI  NO
40. Le sono stati tolti i denti del giudizio?  SI  NO
41. In passato ha effettuato manipolazioni, trazioni,terapie per la scoliosi, ecc?  SI  NO
42. Ha mai effettuato terapie occlusali (molaggio dentale, bite)?  SI  NO
43. Ha sensibilità dentinale?  SI  NO
44. Soffre di alitosi?  SI  NO
45. Ha mobilità dentale?  SI  NO
46. Ha gengive che sanguinano?  SI  NO
47. Ha la sensazione che le si carino facilmente i denti?  SI  NO
48. Ha osservato qualche cosa da segnalare a proposito di lingua e guance?  
(arrossamenti, tumefazioni)  SI  NO

**Motivo visita**  Prima visita  Controllo  Dolore  Problemi a gengive  Motivi ortodontici

\_\_\_\_\_   
firma del paziente o del genitore se il paziente è minore

\_\_\_\_\_   
firma del medico che ha raccolto i dati

**NOME E COGNOME DEL PAZIENTE**

**data**

### **LEGGE 196/03 - TUTELA DELLA PRIVACY**

La invitiamo a sottoscrivere la presente lettera e a fornirci i dati personali che, ai sensi della presente, si intendono  
- quelli che Le richiediamo qui sopra, nell'allegato modulo di anamnesi e quelli che potremmo richiederLe in futuro;  
- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche in Suo favore;  
- quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua incolumità fisica;  
- quelli spontaneamente da Lei forniti.

1) I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di svolgere le nostre attività professionali nei Suoi confronti compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare con que i dati provvederemo altresì a tenere le registrazioni obbligatorie per legge sia contabili che sanitarie.

2) I dati verranno registrati su supporti informatici protetti. I moduli cartacei verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (ai sensi del D.lgs 196/03)

3) I dati potranno essere:

a) comunicati al Suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;

b) resi disponibili al personale odontoiatrico associato, che frequenta, collabora o sostituisce il titolare (se assente);

c) resi noti ai dipendenti e consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità di legge.

d) comunicati in forma anonima o codificati a laboratori odontotecnici per lo sviluppo delle attività loro proprie.

4) Ai sensi del D.lgs.n.196/03, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati sono:

a) ottenere a cura del titolare, senza ritardo:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelleggibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

- la cancellazione/trasformazione in forma anonima/blocco di tutti i dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non necessita la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o in seguito trattati;

- l'aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora abbia interesse, l'interrogazione dei dati.

- l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti numeri 2) e 3) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato.

b) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

c) titolare del trattamento di dati ad ogni effetto di legge è: Dott. ....

La informiamo che per poter erogare correttamente i nostri servizi professionali è necessario che accetti quanto richiesto.

### **CONSENSO AI SENSI DEL D.lgs 196/03**

Con l'apposizione della firma manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare esprimo consenso per:

- l'acquisizione dei dati di cui in premessa;

- la comunicazione dei dati a terzi come indicato dal precedente punto 3).

\_\_\_\_\_ *firma del paziente o del genitore se il paziente è minore*