

Gentile Paziente, ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 ed in relazione ai dati personali di cui lo Studio Dentistico Dott. Damini entrerà in possesso con l'affidamento della Sua pratica, La informiamo di quanto segue:

1.Finalità del trattamento dei dati: i dati relativi allo stato di salute saranno utilizzati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie 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. Una volta fornito il consenso per una finalità specifica, l'interessato, in qualsiasi momento, ha il diritto di revocarlo (art.7.3 GDPR).

2.Modalità del 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.

3. Comunicazione e diffusione dei dati: I Suoi dati personali ai fini dell'esecuzione del contratto e per le finalità sopra indicate, potranno essere comunicati: ai laboratori esterni se necessario per l'erogazione delle prestazioni richieste; alle assicurazioni private convenzionate per il rimborso della prestazione; ai consulenti esterni per l'espletamento di tutte le attività amministrative nonché a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.

4. Diritti dell'interessato (paziente): Gli utenti dispongono di una serie di diritti ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679; tali diritti sono: diritto di accedere ai propri dati personali, diritto di ottenere la rettifica, l'integrazione, la cancellazione dei propri dati, diritto di ottenere la limitazione del trattamento dei propri dati in presenza di determinate circostanze, diritto di ricevere e trasmettere i dati personali forniti al titolare in un formato strutturato e di uso comune, diritto di non essere sottoposto a un processo decisionale automatizzato, diritto di ottenere una comunicazione nel caso in cui i propri dati subissero una grave violazione, diritto di revocare il consenso al trattamento in qualsiasi momento e 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.

5. Diffusione e periodo di conservazione dei dati: I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa sanitaria e dai tempi di conservazione idonei per garantire l'eventuale tutela della struttura in tema di Responsabilità Sanitaria.

6. Titolare del trattamento: Titolare del trattamento dei dati personali é lo Studio Dentistico Dott. Damini con sede legale in Via Roma 15 nella figura del Dott. Roberto Damini in qualità di legale rappresentante.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto _____ autorizzo letta l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679(GDPR) lo Studio Dentistico Dott.Damini al trattamento dei miei dati personali ,comuni, sensibili e sanitari.

Bolzano, il _____

Per il rilasciato consenso _____
(del genitore o legale rappresentante se minore

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ N. _____ Città _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____

Tel.Casa _____ Tel.Uff. _____ Cell. _____

Indirizzo email _____ Medico curante _____

CONSENSO GENERALE AL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO

Io sottoscritto _____ DICHIARO di essere stato informato sui trattamenti a cui sarò sottoposto e di essere consapevole dei rischi e delle complicanze che potrebbero derivare ed essere connessi a tali trattamenti quanto le tecniche sono sicure, ampiamente sperimentate e largamente pratiche della professione odontoiatrica. Tuttavia tali pratiche come accade per tutte le discipline mediche non sono esenti da un certo margine di rischio anche se attuate con perizia, prudenza e diligenza. Presto pertanto il mio consenso alla terapia che mi è stata spiegata e illustrata. DICHIARO altresì di essere stato informato esaurientemente dal personale medico e di aver compreso lo scopo e la natura **dell'anestesia locale** in terapia odontoiatrica e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivarne; **DICHIARO DI NON AVERE allergie a farmaci o, quanto meno di non esserne a conoscenza.** Dichiaro altresì di essere a conoscenza dei possibili rischi derivanti dai trattamenti odontoiatrici a cui sarò sottoposto. Preso, pertanto, **il mio CONSENSO** all'uso dell'anestesia locale nel corso degli interventi ed all'esecuzione delle terapie odontoiatriche precedentemente illustratemi.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (segnare la risposta)

Ha avuto malattie gravi o interventi chirurgici?	[si] [no]
se SI , quali?	
Sta attualmente facendo cure mediche o assumendo farmaci? Se SI quali?	[si] [no]
Malattie al cuore?	[si] [no]
Pressione alta?	[si] [no]
Malattie del sangue ed emorragie?	[si] [no]
Assume antiaggreganti/anticoagulanti?	[si] [no]
Osteoporosi?	[si] [no]
Sta assumendo bifosfonati?	[si] [no]
Diabete?	[si] [no]
Epatite virale?	[si] [no]
Altre malattie al fegato?	[si] [no]
Allergie?	[si] [no]
se SI , quali?	

Sieropositività?	[si] [no]
Malattie veneree?	[si] [no]
Malattie della tiroide?	[si] [no]
Malattie polmonari?	[si] [no]
Malattie nervose o depressive?	[si] [no]
Malattie allo stomaco o del tubo digerente?	[si] [no]
se SI, quali?	
Colesterolo alto?	[si] [no]
Altre malattie non elencate?	[si] [no]
se SI, quali?	
Fuma?	[si] [no]
Beve alcolici?	[si] [no]
Stato di gravidanza?	[si] [no]
Problemi con l'anestesia?	[si] [no]
se SI, quali?	
Anestesia SENZA vasocostrittore	<input type="checkbox"/>
NULLA OSTA MEDICO CURANTE	<input type="checkbox"/>

Dichiaro, pertanto, di aver letto, compreso e compilato le informazioni ricevute di cui sopra del presente modulo.

Data _____ Firma del paziente/ genitore _____ Firma dell'Odontoiatra _____

Data _____ Firma del paziente/ genitore _____ Firma dell'Odontoiatra _____

Data _____ Firma del paziente/ genitore _____ Firma dell'Odontoiatra _____

Data _____ Firma del paziente/ genitore _____ Firma dell'Odontoiatra _____

