

STUDIO DENTISTICO

Dott. Claudio Cito

Via P. Mascagni 13, int. 4 C.a.p. 00034 Colferro (Rm)

Tel. 06/97241641 Cell. +393407116592

www.claudiocito.it

COGNOME _____ NOME _____
INDIRIZZO _____ C.A.P. _____ CITTA' _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____
TEL. FISSO _____ TEL. CELLULARE _____
PROFESSIONE _____ EMAIL _____
CODICE FISCALE _____

Cambiamento di indirizzo Via/ Piazza n
Cap Città Provincia Tel.

Medico curante (non dentista) Tel.

Copertura assicurativa o fondo di previdenza SI NO

In caso di moduli assicurativi da compilare o di enti eroganti il rimborso, voglia provvedere a consegnarli presso lo studio all'inizio del trattamento.

NOTIZIE ANAMNESTICHE GENERALI

ATTUALMENTE GODE DI BUONA SALUTE..... SI NO
HA AVUTO DISTURBI:

| | | |
|--------------------------|----|----|
| CUORE..... | SI | NO |
| PRESSIONE..... | SI | NO |
| POLMONI..... | SI | NO |
| RENI..... | SI | NO |
| COAGULAZIONE SANGUE..... | SI | NO |
| DIABETE..... | SI | NO |
| TIROIDE..... | SI | NO |

ALTRE MALATTIE.....

HA CONTRATTO L'EPATITE VIRALE..... SI NO

HA CONTRATTO L'HIV..... SI NO

ALTRE MALATTIE INFETTIVE.....

E' ALLERGICO A FARMACI..... SI NO

QUALI.....

ASSUME REGOLARMENTE DEI FARMACI..... SI NO

QUALI.....

ASSUME FARMACI ANTICOAGULANTI.....SI NO

ASSUME FARMACI ANTIDEPRESSIVI..... SI NO

E' IN STATO DI GRAVIDANZA.....SI NO

HA SUBITO PRECEDENTI ANESTESIE ODONTOIATRICHE..... SI NO

ANESTESIE GENERALI.....SI NO

FUMATORE.....NO SI QUANTE ?.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE ODONTOIATRICHE

TEMPO TRASCORSO DALL'ULTIMO CONTROLLO DENTALE _____

LA CURA FU INTERROTTA O TERMINATA? _____

HA AVUTO PROBLEMI DURANTE O DOPO UN TRATTAMENTO ODONTOIATRICO?

QUALE E' IL PROBLEMA PRINCIPALE PER CUI HA RICHIESTO QUESTA VISITA?

DISTURBI ATTUALI _____

DA QUANDO SONO INIZIATI? _____

Io sottoscritto (nome del paziente).....
dichiaro di aver letto e compreso il questionario e di avere risposto secondo le mie conoscenze attuali. Sarà mia cura avvisare tempestivamente questo studio in caso di variazioni dello stato di salute generale e delle terapie che si dovessero verificare durante questo ciclo di trattamento odontoiatrico.

**INFORMATIVA SINTETICA AI SENSI DEL Regolamento UE 2016/679, noto come GDPR
(General Data Protection Regulation)**

Gentile paziente la recente legge richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento, da parte del suo medico, dei dati che riguardano la sua salute e gli altri suoi dati personali al fine di poter effettuare la diagnosi delle sue malattie e per procedere alle necessarie cure. Potrà essere necessario, inoltre, che il suo medico renda accessibili dati che la riguardano alle Autorità Sanitarie o ad altri medici che effettueranno consulenze specialistiche, al personale dipendente o al medico sostituto, al commercialista e all'odontotecnico. Questi dati saranno conservati in un archivio fisico (box metallico con serratura a combinazione) e magnetico, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione (firewall, password) e trattati solo nei limiti strettamente necessari nella massima riservatezza e nel rispetto delle norme vigenti.

E' perciò indispensabile un suo esplicito consenso, da fornire una sola volta e ritirabile in qualsiasi momento qualora decidesse di interrompere il rapporto di fiducia secondo ex art.7 (diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto.....assistito dal Dott. Cito Claudio, da me scelto come Odontoiatra di Fiducia e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al Regolamento UE 2016/679, concernente “ **La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali**”, letto anche quanto riportato sopra

ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e prestazioni connesse il suddetto Dott. Cito Claudio direttamente o tramite personale operante sotto la sua responsabilità al solo fine dello svolgimento dell'attività professionale di codesto studio e l'invio degli stessi al “Sistema Tessera Sanitaria” che li trasmetterà all'Agenzia delle Entrate a seguito del D. Lgs. 175/2014. Autorizzo l'esecuzione di eventuali esami radiologici e la richiesta di eventuali esami di laboratorio che l'odontoiatra curante ritenesse utili e propedeutici agli interventi programmati nel mio piano di cura.

Data

Firma del paziente

INFORMATIVA PAZIENTI

La presente informativa è stata elaborata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)" (c.d. GDPR) allo scopo di informarla circa le modalità di trattamento dei suoi dati.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il soggetto che decide come i suoi dati sono trattati e per quali finalità del trattamento è il Titolare. Il titolare del trattamento dei suoi dati è Studio dentistico dr. Cito Claudio, con sede legale in Via Pietro Mascagni 13, 00034 Colleferro. Telefono: 06 97241641, e-mail: citoclaudio@libero.it. nella figura del Dott. Cito Claudio in qualità di legale rappresentante.

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.

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.

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;
- Ad avvocati, periti ed assicurazioni in caso di conflitto;
- A Vigo S.r.l. 1stClass Dental Software per la fornitura dei sistemi gestionali;
- A Dalmonte Roberto in quanto amministratore di sistema.

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.

TRASFERIMENTO DATI AL DI FUORI DELL'EUROPA

Si precisa che i suoi dati non vengono trasferiti fuori dal territorio comunitario.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate, 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.

I dati per l'invio di comunicazioni e informative della struttura sono conservati sino a cancellazione dell'interessato, causata dalla revoca del consenso.

Consenso per il trattamento dei suoi dati

Il sottoscritto nato/ a..... ilresidente in.....
.....(In caso di pazienti minori: Genitore i.....)*

paziente dello Studio Odontoiatrico Dott. Claudio Cito essendo stato informato sulle finalità del trattamento dei miei dati personali, sulle modalità di trattamento e conservazione, sulle modalità di esercizio dei miei diritti e in generale su tutti i contenuti dell'Informativa sulla Privacy, (*barrare la casella corrispondente e apporre firma leggibile*):

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| presta <input type="checkbox"/> | nega <input type="checkbox"/> | il consenso alla comunicazione finalizzata a promemoria la visita (via SMS) |
| presta <input type="checkbox"/> | nega <input type="checkbox"/> | il consenso alla comunicazione a scopo informativo/promemoria per la visita d'igiene o odontoiatrica (contatto telefonico) |

Firma del paziente

Colleferro,

*In caso di minori, il consenso può essere espresso a partire dall'età di anni 14 (quattordici). Prima di tale età occorre che il consenso sia fornito da uno dei genitori o chi ne fa le veci.

**Le ricordiamo che potrà in ogni momento revocare il consenso od opporsi al trattamento comunicandolo al Titolare senza alcuna formalità scrivendo all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail dello Studio indicati in calce.