

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Paziente: VICENZA, lì 09/09/2025

Le risposte al seguente questionario sono strettamente riservate e legate al vincolo del segreto professionale. Ogni risposta non sincera è rischio per il paziente, per il medico e per tutto il personale dello studio ed ostacola la miglior riuscita di ogni terapia. IL SOTTOSCRIVENTE SI IMPEGNA ALTRESÌ AD AGGIORNARE IL PROPRIO QUESTIONARIO ANAMNESTICO. Con la firma del seguente questionario autorizza il medico curante a mettere in opera un trattamento terapeutico d' urgenza, anche sintomatico, qualora ciò si rendesse necessario per la salute del paziente.

È IN BUONA SALUTE ATTUALMENTE?	si	no
IN PASSATO HA AVUTO MALATTIE GRAVI O INTERVENTI CHIRURGICI IMPORTANTI?	si	no
SE SÌ, QUALI? _____	si	no
ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE? SE SÌ, QUALI? _____	si	no
HA AVUTO O HA PROBLEMI DI CUORE?	si	no
HA PROBLEMI DI IPERTENSIONE?	si	no
HA DELLE ALLERGIE? SE SÌ, QUALI? _____	si	no
HA IL DIABETE?	si	no
HA L' EPATITE VIRALE?	si	no
ALTRE MALATTIE TIPO: PROBLEMI AL FEGATO	si	no
MALATTIE RENALI	si	no
MALATTIE DELLA TIROIDE	si	no
MALATTIE DELLO STOMACO	si	no
MALATTIE DEL TUBO DIGERENTE	si	no
MALATTIE POLMONARI	si	no
MALATTIE VENEREE	si	no
MALATTIE NERVOSE E DEPRESSIVE	si	no
MALATTIE DEL SANGUE? È SOGGETTO A FACILI EMORAGGIE?	si	no
MALATTIE NON PRECEDENTEMENTE ELENCATE _____	si	no

È IN GRAVIDANZA? SI NO

DOMANDE SUL COMPORTAMENTO:

FUMA?	si	no
BEVE ALCOLICI ABITUALMENTE?	si	no
È O È STATO IN UNO DEI GRUPPI A RISCHIO PER L' AIDS? (tossicodipendente, omosessuale etc...)	si	no
SE SÌ, È POSITIVO ALL' HIV?	si	no
PRENDE ABITUALMENTE MEDICINALI? SE SÌ, QUALI? _____	si	no
_____	si	no

Firma Paziente (o di chi ne fa le veci) _____
Firma Dottore _____

MODULO per la REGISTRAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Tel.Casa _____ Tel.Lavoro _____ Tel. cell. _____

E-mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di base Dott. _____

Professione _____

La invia qualcuno presso questo studio? SI NO

Se sì, può indicarne il nome? _____

Il corrispettivo per l' opera del medico e per i materiali occorrenti può essere convenuto previo preventivo, in mancanza del quale dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

DATA ____/____/____

FIRMA PER CONSENSO _____

PER CORTESIA CI PUO' INDICARE SE FA PARTE DI QUALCHE CONVENZIONE/ASSICURAZIONE :

☐ **FASI**

☐ **FASI OPEN**

☐ **PRONTOCARE**

☐ **MTS**

☐ **PREVIMEDICAL.....**

☐ **ALTRE.....**

CONSENSO INFORMATO ALL' ESAME DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Sig.ra\Sig. **Paziente:**

Gentile Paziente, il Medico che la seguirà potrà ritenere opportuno suggerirle di sottoporsi ad un esame diagnostico per ottenere informazioni a lei utili. L'esame diagnostico consente di produrre delle immagini del Suo corpo con diversi mezzi fisici. Gli Operatori sono a sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito. Nel suo caso particolare si rende necessaria l'esecuzione del seguente esame ai raggi X:

- ☐ Ortopantomografia (radiografia panoramica delle arcate dentali)
- ☐ Teleradiografia (latero-laterale del cranio per valutazione cefalometrica)
- ☐ Radiografie endorali (una o più radiografie eseguite con il sensore direttamente nel cavo orale)
- ☐ TAC Cone Beam solo per uso interno (non sarà possibile consegnare la copia al paziente)

Le radiografie comportano l'emissione di raggi X attraverso apparecchiature specifiche odontoiatriche che forniscono la minor dose possibile di raggi compatibilmente con la leggibilità dell'immagine diagnostica. Nel nostro studio utilizziamo esclusivamente sensori digitali che consentono una riduzione dell'esposizione ai raggi. In particolare, la TAC Cone Beam di nuova tecnologia comporta una dose al paziente pari a circa due radiografie endorali eseguite con i sistemi tradizionali, cioè senza i sensori digitali. Sarà nostra cura utilizzare il sistema diagnostico che comporti la minor dose possibile. Nel suo caso, rendiamo necessario eseguire un esame radiologico per

La preghiamo di rispondere a questa domanda: Gentile , si ritiene sufficientemente informata/o sulle indicazioni ed i limiti dell'esame diagnostico a cui potrà essere sottoposta/o, nonché degli eventuali rischi connessi e dei rapporto rischio / beneficio?

Se sì, Le chiediamo di apporre la sua firma.

Vicenza (VI, ____/ ____/ ____)

Firma Paziente (o di chi ne fa le veci)_____

In caso di minore, barrare la casella del grado di parentela:

☐ Madre - ☐ Padre - ☐ Tutore

Firma Dottore _____

NOTE INFORMATIVE SULL'ANESTESIA

Nella terapia odontoiatrica è molto spesso necessario ricorrere all' uso di anestesia LOCALE che si effettua generalmente con un'iniezione vicina al dente o alla parte da curare per quanto riguarda l'arcata superiore, oppure direttamente sul tronco nervoso principale in caso di anestesia tronculare nell' arcata inferiore.

L' anestetico locale usato in odontoiatria è naturalmente un FARMACO, e come tale talvolta può presentare degli EFFETTI INDESIDERATI.

Innanzitutto, possono esserci dei rischi di INTERAZIONE CON ALTRI FARMACI: per questo motivo è di ESTREMA IMPORTANZA che voi ci comunichiate se state assumendo dei farmaci e quali.

La presenza nell' anestetico di VASOCOSTRITTORI, dove prevista, è controindica in molte patologie quali IPERTENSIONE ARTERIOSA, MALATTIE ISCHEMICHE, IPERTIROIDISMO, DIABETE, GLAUCOMA, e nel caso di GRAVIDANZA anche solo presunta.

Sono possibili EFFETTI COLLATERALI più spesso di natura nervosa quali eccitamento, tremori, disorientamento, vertigini, sudorazione, aritmia, nausea e vomito.

Nei soggetti predisposti ed ipersensibili possono verificarsi FENOMENI ALLERGICI per lo più locali, che si manifestano con orticaria e prurito cutanei, ma si possono verificare anche fenomeni generali caratterizzati da broncospasmo ed edema laringeo fino al quadro di collasso cardiocircolatorio da shock anafilattico.

I farmaci che vengono utilizzati sono sempre e comunque farmaci PRODOTTI e DIFFUSI da industrie farmaceutiche di primaria importanza, diffusi ed utilizzati in tutto il mondo da molti anni.

È comunque difficile proporre delle alternative all' uso dell'anestetico locale in odontoiatria, se non nei casi in cui è possibile effettuare la cura senza la necessità di ricorrere all' anestesia (detartraggio e piccole otturazioni...).

Paziente:

dichiaro di essere stato informato e di aver compreso lo scopo e la natura dell'anestesia locale usata nella terapia odontoiatrica e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare dal suo uso. Presto con la presente il mio consenso al suo uso nel corso degli interventi e delle terapie odontoiatriche.

Vicenza (VI), DATA ____/____/____

Firma Paziente (o di chi ne fa le veci) _____

In caso di minore, barrare la casella del grado di parentela:

☐ Madre - ☐ Padre - ☐ Tutore

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (in breve: "Regolamento"), i suoi Dati Personali saranno trattati da Max Medical in qualità di titolare del trattamento ("Titolare").

Tipi di dati oggetto del trattamento:

Il Titolare tratterà i dati che rientrano nelle definizioni di cui all'art.4 e art.9 del Regolamento, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nome, cognome, indirizzo, il numero di telefono, l'indirizzo e-mail, nonché categorie particolari di dati personali quali i dati relativi allo stato di salute che verranno raccolti nell'espletamento delle prestazioni mediche e odontoiatriche, indicati di seguito e complessivamente solo come "Dati Personali". Finalità, base giuridica e natura facoltatività o obbligatoria del trattamento: I suoi Dati Personali saranno trattati, dietro suo specifico consenso, se necessario, per:

- erogare i servizi richiesti (diagnosi e cura, eseguire la prestazione medica ed odontoiatrica, riscontrare specifiche richieste di informazioni, prescrizioni farmacologiche, consulenza medica ed odontoiatrica, fornire chiarimenti, e, in generale, per la gestione delle attività, anche amministrativo-contabili-di segreteria, connesse all'esecuzione del rapporto tra le parti);
- assolvere eventuali obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria.
- comunicare i suoi Dati Personali al suo medico curante;
- attività promozionale e commerciale, ivi compresa la possibilità di elaborare statistiche e ricerche di mercato, inviarle materiale informativo e promozionale inerente l'attività, i prodotti e i servizi del Titolare. Nel caso decida di prestare il suo consenso per tale attività, la informiamo che queste potranno svolgersi per mezzo di: posta cartacea, contatti telefonici tramite operatore, e-mail, invio di sms, utilizzo di social network.

La informiamo, altresì, che in ogni momento potrà decidere di revocare il consenso precedentemente rilasciato per modalità tradizionali o automatizzate comunicandolo al Titolare senza alcuna formalità scrivendo all'indirizzo indicato in testa alla presente informativa. Qualora, in ogni caso, lei desiderasse opporsi al trattamento dei suoi dati per tale finalità eseguita con i mezzi qui indicati, potrà farlo in qualunque momento contattando il Titolare, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca. La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera a) è l'art. 6(1)(b) del Regolamento ("il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso"). Il trattamento delle categorie particolari di dati personali è basato sull'art. 9(2)(h) del Regolamento ("[...] il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali ..."), oltre che sulle autorizzazioni pro tempore vigenti del Garante per la protezione dei dati personali. La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera b) è l'art. 6(1)(c) del Regolamento in quanto il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento. La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera c) è l'art. 6(1)(a) del Regolamento ("l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità"). La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera d) è l'art. 6(1)(a) del Regolamento ("l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità"). Il conferimento dei suoi Dati Personali per la finalità sopra indicate alle lettere a) e b) è facoltativo, ma in difetto non sarà possibile espletare la

prestazione medica e odontoiatrica. Il conferimento dei suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera c) è altresì facoltativo e l'eventuale mancato conferimento non impedirà l'espletamento della prestazione medica e odontoiatrica e l'erogazione dei servizi richiesti, ferma l'impossibilità per lo Studio di comunicare i Dati Personali al suo medico curante. Il conferimento dei suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera d) è facoltativo e l'eventuale mancato conferimento non impedirà l'espletamento della prestazione e l'erogazione dei servizi richiesti. In relazione a quanto sopra, il trattamento dei suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi e lo studio attua un "modello organizzativo per la sicurezza delle informazioni".

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 nomina e 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 non trasferisce i suoi Dati Personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

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. 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.).

I suoi diritti

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento. Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare al seguente indirizzo: via Trevisan, 7, 36100 Vicenza (VI) (posta cartacea) segreteria@clinicamaxmedical.it (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. In studio è disponibile alla clientela il modulo per l'esercizio dei diritti.

Letta e compresa l'informativa ex art. 13 del Regolamento 2016/679:

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

al trattamento dei miei Dati Personali per finalità commerciali

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

alla comunicazione dei miei Dati Personali al mio medico curante.

Vicenza , li ____/____/____

Io sottoscritto/a _____

Nato a _____ Il _____

FIRMA

IN CASO DI PAZIENTI MINORENNI:

Io sottoscritto/a (dati dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore),

nella qualità di genitore/tutore e come tale legale rappresentante del minore (dati del minore):

nome cognome _____, nato/a _____, il _____,

residente in _____, via _____, n° _____, CAP _____

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 miei Dati Personali al medico curante.

Inoltre, garantisco e dichiaro sotto la mia propria responsabilità, così tenendo indenne il Titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo:

- di essere il tutore legale del minore ed essere legittimato/a a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra;
- che i dati identificativi su riportati del dichiarante e del minore corrispondono effettivamente alla loro vera identità.

Vicenza , li ____/____/____

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore
