

Cognome e Nome nato/a a pr..... il
 residente a (pr.) via/piazza n
 cap cod.fisc.
 Tel Cell. E-
 mail.....

Dichiarazione di ricevuta informazione sul trattamento terapeutico

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre che, in data odierna, è stato sottoposto alla sua attenzione e chiaramente motivato il piano di cura relativo al trattamento odontoiatrico che dovrà effettuare stante le sue attuali condizioni orali; di essere conoscenza che: a) il trattamento potrebbe **provocare disagi**, stati di **inabilità temporanea** e comportare l'utilizzo di appropriate terapie farmacologiche; c) per raggiungere il miglior risultato possibile, con il minimo dispendio di tempo e di denaro, **dovrà presentarsi puntualmente agli appuntamenti**, mantenere una corretta **igiene orale**, osservare una dieta adatta e seguire le disposizioni dell'Odontoiatra curante; d) **qualora dovesse interrompere** la cura è tenuto/a a **comunicare tempestivamente** la sua decisione al fine di definire i provvedimenti anitari e amministrativi che ne conseguono; e) dopo il trattamento, al fine di mantenere nel tempo la validità dei risultati ottenuti dovrà sottoporsi a visite periodiche di controllo.

ANAMNESI

- | | | |
|--|-----|-------|
| 1) È allergico a medicine o altro? (es.: anestetici, antibiotici, aspirina, resine, metalli...) | Sì | No |
| Se sì, scriva a cosa: | | |
| 2) Ha fatto in precedenza anestesie odontoiatriche? | Sì | No |
| 3) Ha avuto qualche problema? | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa: | | |
| 4) Ha mai avuto problemi cardiaci ? (es.: soffi, angina, infarto, pericardite...) | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa e quando: | | |
| 5) Ha mai sofferto di disturbi di pressione ? | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa e quando: | | |
| Quali sono i valori attuali della sua pressione? Minima Massima | Non | lo so |
| 6) Ha mai avuto problemi polmonari? (es.: asma , polmoniti, tubercolosi...) | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa e quando: | | |
| 7) Ha mai avuto disturbi renali? (es.: calcoli, nefrite, cistite...) | Sì | No |
| Se sì, quali e quando: | | |
| 8) È diabetico ? | Sì | No |
| Se sì, scriva quali sono i valori attuali della sua glicemia: | | |
| 9) Ha mai sofferto di malattie del sangue ? | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa: | | |
| 10) Sanguina in modo anomalo quando si ferisce? | Sì | No |
| 11) Ha mai subito trasfusioni ? | Sì | No |
| Se sì, scriva per quale motivo? | | |
| 12) Ha sofferto di malattie infettive? (es.: epatite A/ B/ C, veneree...) | Sì | No |
| Se sì, scriva quale quando: | | |
| 13) Fa uso di psicofarmaci? | Sì | No |
| 14) Si trova in situazione di rischio per l'AIDS ? | Sì | No |
| 15) Ha mai sofferto di malattie gastriche o intestinali? (es.: Ulcera, gastrite...) | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa: | | |
| 16) Ha mai sofferto di disturbi nervosi o psichici che hanno richiesto l'uso di farmaci? | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa: | | |
| 17) Ha mai avuto svenimenti, convulsioni, attacchi epilettici ? | Sì | No |
| 18) È stato mai ricoverato in ospedale ? | Sì | No |
| Se sì, per quale motivo? | | |
| 19) È stato sottoposto a chemioterapia o radioterapia ? | Sì | No |
| 20) Fa uso saltuario o abituale di farmaci? (es.: aspirina , tranquillanti...) | Sì | No |
| Se sì, scriva cosa: | | |

- 21) È attualmente in cura per qualche malattia o sta prendendo farmaci per le ossa? Sì No
- 22) Se sì, scriva quale:
- 22) Consuma vino o superalcolici? Sì No Fuma? Sì No
- 23) Ha qualche informazione che ritiene utile? Sì No
- Se sì, quale?

Per le donne:

- 24) Usa contraccettivi orali? Sì No 25) È in stato interessante? Sì No
- 26) Menarca? Sì No

Riguardo ai denti:

- 27) Soffre di sanguinamento gengivale? Sì No 28) Soffre di alitosi? Sì No
- 29) Cosa non le piace/migliorerebbe del suo sorriso?.....
- 30) Ha mai avuto traumi ai denti?

Per i bambini:

- 31) Respira a bocca aperta? Sì No
- 32) A che età sono spuntati i primi denti da latte?.....
- 33) Usa ancora il ciuccio o mette in bocca il dito? Sì No

NORMATIVA PRIVACY

Dichiaro di essere stato informato su:

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirme a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura dai seguenti dottori:

- Dott. re Berri Alberto (Odontoiatra)
- Dott.ssa Berri Sara (Odontoiatra)
- Dott.re Marco Femia (Odontoiatra)

Firma dell'interessato

Data