

**ASTORI Dott. ALFREDO**  
*Medico Chirurgo*  
**SPECIALISTA IN ODONTOSTOMATOLOGIA**  
**MEDICINA ESTETICA**  
P.le Barzanti Eugenio, 3 - 21052 BUSTO ARSIZIO (VA)  
Tel. 0331 / 629002 - Partita IVA 01859530122

**SCHEDA PERSONALE**

Cognome:..... Nome:.....  
Luogo e data di nascita.....  
Indirizzo .....

Tel. abitazione..... tel. Ufficio .....

Codice fiscale..... Codice assistito .....

MEDICO CURANTE:..... tel. ....

**AUTOANAMNESI PER INTERVENTI ODONTOIATRICI IN ANESTESIA LOCALE**

Ha avuto in passato malattie gravi o interventi chirurgici?	SI	NO	Diabete	SI	NO
Se si, quali .....			Malattie della tiroide	SI	NO
Sta attualmente facendo cure mediche?	SI	NO	Epatiti virali o altre malattie infettive	SI	NO
Se si, quali .....			Se si, quali .....		
Prende abitualmente medicinali?	SI	NO	Altre malattie del fegato	SI	NO
Se si, quali .....			Malattie polmonari	SI	NO
E in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO	Malattie renali	SI	NO
Ha avuto o ha malattie di cuore?	SI	NO	Malattie dello stomaco e/o del tubo digerente	SI	NO
Ha avuto o ha pressione alta?	SI	NO	Malattie nervose o depressive o psichiche	SI	NO
Ha avuto o ha allergie?	SI	NO	Malattie del sangue, emorragie	SI	NO
Se si, quali: .....			Altre malattie non precedentemente elencate	SI	NO
Problemi in corso di anestesia	SI	NO	Se si, quali:.....		
Fuma?	SI	NO	Beve alcolici e/o assume sostanze stupefacenti?	SI	NO

Data ..... Firma del paziente .....

Per i minori firma del tutore

**RISERVATO AL MEDICO ODONTOIATRA**

Patologia sistemica	si	no	dubbio
Rischio medico nel corso di terapia odontoiatrica	si	no	dubbio
Necessita di consulenza specialistica o esami medici	si	no	dubbio

Osservazioni .....

Data: ..... Firma del Medico Odontoiatra .....

**CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a .....

dichiaro di aver avuto, in data odierna, un colloquio con il Dott. ....  
nel corso del quale, in maniera chiara e da me ben compresa:

- sono stato informato sul trattamento proposto, sulla procedura tecnica cui verrò sottoposto, nell'ambito delle cure odontoiatriche
  - sono stato informato sui potenziali benefici e possibili inconvenienti e complicanze del trattamento proposto
  - sono stato informato sulle probabilità di successo/insuccesso del trattamento proposto
  - sono stato informato sulle possibili alternative rispetto al trattamento proposto
  - sono stato informato sui possibili esiti del non trattamento
  - sono stato informato sull'identità dei Medici responsabili delle mie cure
  - sono stato altresì informato che durante il trattamento possono rendersi necessarie, a giudizio medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate
- a conoscenza di quanto sopra illustratomi, rilascio il mio consenso per le cure presenti nel preventivo da me accettato e firmato.

Ubolo, ..... Firma del/la paziente .....

(per i minori firma del tutore)

Il Medico Odontoiatra .....

# Trattamento dei dati ed informativa ai sensi del Codice sulla Privacy

(D. Leg.vo 196/03)

fornirci i suoi dati personali, La preghiamo di leggere il presente FOGLIO INFORMATIVO

1- Per "dati" si intendono:

- = quelli che Le richiediamo oggi, col presente modulo e che potremo richiederLe in futuro;
- = quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle prestazioni mediche a suo favore;
- = quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua salute;
- = quelli spontaneamente da Lei forniti.

I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie.

I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee.

I dati potranno essere:

- = comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario
- = messi a disposizione del personale odontoiatrico associato, che frequenta, che collabora o che dovesse sostituire il titolare in caso di sua assenza;
- = resi noti ai dipendenti ed ai consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge;
- = comunicati ai laboratori odontotecnici per le attività loro proprie, secondo le norme del D.lgt. 46/97, dir.93/42/CEE

Le comunichiamo i Suoi DIRITTI:

ottenere, a cura del titolare, senza ritardo:

- > la conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento: la richiesta può essere rinnovata, salvo giustificati motivi, con un intervallo non minore di 90 giorni;
- > la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
- > l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora né abbia interesse, l'integrazione dei dati;
- > l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti n. 2 e 3 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccetto i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato.

Opporsi in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, Le diciamo che tali attività NON verranno comunque svolte nel nostro Studio in quanto estranee all'esercizio professionale medico ed odontoiatrico.

Le segnaliamo che il TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E'.....

**INFORMIAMO INOLTRE CHE PER POTER OTTENERE RNA CORRETTA EROGAZIONE DEI NOSTRI SERVIZI PROFESSIONALI E' NECESSARIO CHE CI FORNISCA I DATI RICHESTI.**

## CONSENSO

Apponendo la firma in calce al presente modulo, 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 fini della legge.

In particolare manifesto inoltre il mio consenso espresso per:

- > l'acquisizione e il trattamento dei dati di cui al punto 1 e 2;
- > la comunicazione dei dati a terzi ed il trattamento ai sensi del punto
- > l'utilizzo di anestetici locali.

ita..... FIRMA .....