

# STUDIO ODONTOIATRICO DOTT. GABRIELE GAGLIARDINI

## ANAMNESI DENTALE E MEDICA

Sig./Sig.ra.....  
 Via-Piazza..... Città.....  
 CAP..... Data di nascita..... Luogo.....  
 Professione..... Telefono.....  
 C.F..... Medico di base Dott.....

Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo dentario?			
Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie di una certa entità negli ultimi 2 o 3 anni?	SI	No	Note:
Ha sofferto o soffre di:			
Afezioni cardiache	SI	No	Note:
Alterazioni della pressione sanguigna	SI	No	Note:
Afezioni renali	SI	No	Note:
Afezioni reumatiche	SI	No	Note:
Malattie del sangue	SI	No	Note:
Malattie oculari	SI	No	Note:
Diabete	SI	No	Note:
Ulcere gastriche o duodenali	SI	No	Note:
Asma o malattie allergiche	SI	No	Note:
Altre afezioni	SI	No	Note:
Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci?	SI	No	Note:
E' stato mai avvertito di non prendere qualche farmaco o medicina in particolare?	SI	No	Note:
Ha mai avuto una anestesia locale?	SI	No	Note:
Quali sono state le conseguenze?			
Attualmente prende nessuna medicina? (ormoni, vitamine o altro)	SI	No	Note:
Sanguina in modo anomalo quando si ferisce?	SI	No	Note:

Presenta ematomi o si gonfia facilmente?	SI	No	Note:	
Guarisce:	Rapidamente		Normalmente	Lentamente
Ha mai avuto esami radiografici o terapia irradiante?	SI	No	Note:	
E' facilmente soggetto a infezioni?	SI	No	Note:	
E' in gravidanza?	SI	No	Note:	
Ha disturbi associati a precedenti cure odontoiatriche?	SI	No	Note:	
Ha dolori o gonfiori nella bocca?	SI	No	Note:	
E' apprensivo/a nei confronti delle cure odontoiatriche o quando si reca dal dentista?	SI	No	Note:	
Fuma?	SI	No	Note:	

**FARMACI ATTUALMENTE ASSUNTI**

Nome commerciale	Nome generico	Dose e frequenza	Motivo

*Dichiaro di essere a conoscenza dei possibili rischi derivanti dai trattamenti a cui sarò sottoposto, presto pertanto il mio consenso alla terapia.*

*Dichiaro di non avere allergie a farmaci anestetici o, quantomeno, di non esserne a conoscenza.*

*Presto pertanto il mio assenso all'uso dell'anestesia locale nel corso degli interventi e delle terapie odontoiatriche.*

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma

# STUDIO ODONTOIATRICO DOTT. GABRIELE GAGLIARDINI

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AD INTERVENTO DI

Sig./Sig.ra.....  
Indirizzo.....

Gentile Paziente, con questo modulo si riassumono i concetti relativi al suo trattamento già oralmente espressi nel corso della visita, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie preventivate.

### **DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO**

.....  
.....  
.....

### **BENEFICI DELL'INTERVENTO**

.....  
.....  
.....

### **RISCHI DELL'INTERVENTO**

Sono relativi:

#### *GENERALI o di CONSERVATIVA/ENDODONZIA*

- all'impiego inevitabile dell'anestetico locale, con vasocostrittore o senza, a cui soggetti ipersensibili possono risultare allergici (ove vi siano patologie renali, cardiache, endocrine o stato di gravidanza);
- alla possibilità di traumi sulle mucose a causa degli strumenti manuali o meccanici;
- all'eventualità di ingestione accidentale di detti strumenti;

Nel Suo caso:

- .....  
.....

#### *PROTESI FISSE E REMOVIBILI*

- al sacrificio biologico di tessuto dentale, per cui, a volte, si può rendere necessaria la terapia canalare di uno o più elementi;
- alla durata della terapia;
- l'appoggio mucoso può portare nel tempo ad un aumento del riassorbimento dell'osso alveolare;
- risultati estetici e funzionali ottimali e duraturi sono talvolta difficili da ottenere, in particolare laddove il Paziente non segua scrupolosamente i dettami di una corretta igiene orale, sia utilizzando le metodiche che il Medico curante indicherà come più opportune, sia sottoponendoli a controlli periodici tendenti a valutare la capacità di mantenimento igienico e la salute dei tessuti gengivali;
- limitatamente alle protesi removibili, si segnala la possibilità di lesioni a carico degli elementi dentari su cui direttamente incidano ganci metallici;

Nel Suo caso:

- .....  
.....



# STUDIO ODONTOIATRICO DOTT. GABRIELE GAGLIARDINI

## TRATTAMENTO DEI DATI ED INFORMATIVE AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY (D. Leg.vo 196-03)

Per 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 spontanei da Lei forniti.

2. 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.

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

4. 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. 46/47, dir. 93/42/CEE.

5. Le comunichiamo i Suoi diritti:

A - 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 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 ne 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, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

B - Opporsi in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta.

Per quanto riguarda il suo diritto ad opporsi in tutto od in parte 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 precisiamo che tali attività NON verranno comunque svolte dal nostro Studio in quanto estranee all'esercizio professionale medico e odontoiatrico.

6. Le segnaliamo che il Titolare del Trattamento dei dati è:

**Dott. Gabriele Gagliardini - Via del Salaiolo, 4 - 06012 Città di Castello (PG)**

La informiamo inoltre che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

**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 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 4;
- l'utilizzo di anestetici locali.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Paziente

.....