



Modulo per il paziente con dichiarazione di consenso ai sensi della legge sulla protezione dei dati personali

Le sue informazioni sono soggette al segreto medico e saranno trattate in modo confidenziale.

Cognome:	Nome:
Indirizzo:	
Data di nascita:	Occupazione:
Tel. privato:	Tel. di lavoro:
E-Mail:	
Assicurazione sanitaria:	N° AVS:
Medico di famiglia:	Consigliato da:
Per i bambini, rappresentante legale:	

Medico

Sta attualmente ricevendo un trattamento medico? sì no
Prende regolarmente dei farmaci? sì no
Se sì, quale:

Avete mai avuto o avete:

Asma, febbre da fieno o altre allergie? sì no
Reazioni insolite alle iniezioni, alle medicine, ai cibi? sì no
Difficoltà con il sanguinamento prolungato (disturbi della coagulazione)? sì no
Problemi cardiaci e circolatori? sì no
Pressione sanguigna troppo alta/troppo bassa (cancellare non applicabile)? sì no
Un stimolatore cardiaco? sì no
Altre malattie gravi, p. e. AIDS, tubercolosi? sì no
Epatite (ittero)? sì no
Diabete? sì no
Epilessia? sì no
Reumatismi, artrite, gonfiore delle articolazioni? sì no
Malattie epatiche e renali? sì no
Malattie dell'occhio (glaucoma)? sì no
Malattie gastriche o intestinali? sì no
Un test HIV positivo? sì no
Per le donne: C'è attualmente una gravidanza? sì no

Volete essere chiamati per controlli regolari? sì no

Vi chiediamo gentilmente di informarci se i vostri dati nel questionario cambiano.

La legge sulla protezione dei dati personali stabilisce che il trattamento dei dati sanitari richiede generalmente il consenso esplicito del paziente. Per adempiere a questo obbligo di legge, siete tenuti a confermare il seguente consenso firmandolo.

Confermo espressamente di acconsentire al trattamento dei miei dati, all'accesso a questi dati da parte dello studio dentistico Dr. med. dent. Massimiliano Sisera e la trasmissione di questi dati a terzi come laboratorio, altri medici, farmacie, assicurazioni e contabilità.

Sono consapevole dei possibili rischi dello scambio di dati personali particolarmente sensibili (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati attraverso canali di comunicazione non sicuri) e dei miei diritti e do il mio consenso al contatto reciproco tra il mio dentista e me in qualità di paziente attraverso i dati di contatto sopra indicati. Ciò vale anche per lo scambio di dati all'interno dello studio e per le sostituzioni.

Sulla base delle dichiarazioni di cui sopra e di eventuali ulteriori dichiarazioni verbali, acconsento con la mia firma al trattamento e alla trasmissione dei miei dati personali in conformità alle norme sulla protezione dei dati. Inoltre, prendo atto che il mio consenso può essere revocato in tutto o in parte in qualsiasi momento senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento effettuato sulla base del consenso fino alla revoca. La revoca deve essere effettuata per iscritto. Inoltre, la mia richiesta di cancellazione non porterà alla cancellazione, in quanto l'operatore sanitario o lo studio medico responsabile è obbligato per legge a conservare i miei dati. Pertanto, la richiesta di cancellazione porterà alla cancellazione dei miei dati dall'operatore sanitario o dallo studio medico curante solo in casi eccezionali e giustificati, se la cancellazione viene confermata. Allo stesso tempo, esonero il mio professionista sanitario curante dall'obbligo di conservazione previsto dalla legge in questo caso.

Data:

Firma:
