

Studio Dentistico

Dott. Umberto Baracchi

Via San Paolo 23/A - 10138 TORINO (TO)

Tel. 011-386097

Reg.Albo dei Medici n°3109/TO

eMail: odontobaracchi@yahoo.it

Cognome _____ Nome _____ Cittadinanza _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____
Cod.Fiscale _____ Data di Nascita _____
Luogo di Nascita _____ Pr. _____ eMail _____
Recapiti Tel.: Casa _____ Uff. _____ Cel. _____
Professione _____ Assicurazione _____ Giorni ed Orari pref. _____
Inviato da _____

FORMULARIO NOTIZIE SANITARIE (crociare NO in caso di risposta negativa)

Dovendo sottoporLa a cure odontostomatologiche mi impegno ad informare gli operatori circa le malattie sofferte in passato ed in atto, ed in particolare:

- SI NO Malattie endocrine (es.Diabete, Osteoporosi) _____
 SI NO Malattie del sangue e problemi di coagulazione _____
 SI NO Malattie cardiache e vascolari _____
 SI NO Malattie renali _____
 SI NO Malattie dell'apparato digerente _____
 SI NO Malattie del fegato e cistifellea _____
 SI NO Malattie nervose o neuromuscolari _____
 SI NO Malattie reumatiche (es.Febbre Reumatica) _____
 SI NO Allergie di qualunque tipo (a farmaci in particolare) _____
 SI NO Sono stato sottoposto ad Anestesia Locale. Ci sono state reazioni particolari ? _____
 SI NO Sono stato sottoposto ad Anestesia Generale.Ci sono state reazioni particolari ? _____
 SI NO Ho subito i seguenti interventi chirurgici: _____
 SI NO Ho avuto le seguenti malattie infettive: _____
 SI NO Ho attualmente le seguenti malattie infettive: _____
 SI NO Soffro di difficile respirazione nasale, sinusite _____
 SI NO Bevo alcolici o superalcolici _____
 SI NO Attualmente faccio uso di farmaci _____
 SI NO Sono fumatore di _____ Quantita' giornaliera _____
 SI NO (per le donne) Sono attualmente in gravidanza. Data ultima mestruazione: _____

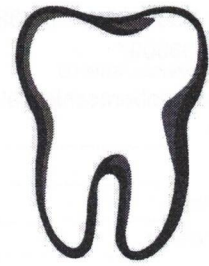
Specificare di propria mano le voci che interessano o eventuali altri dati: _____

Medico Curante per patologia specifica: _____ Tel. del Medico _____

Data ____/____/____

Firma _____

Consenso dell'interessato



Ai sensi degli artt. 6-8 del Reg.(UE) 2016/679:

io sottoscritto/a _____ in qualità di:

SOGGETTO INTERESSATO

FAMIGLIARE (indicare il grado di parentela _____), facente le veci del sottoindicato soggetto interessato, nei confronti del quale dichiaro non esistere nessun provvedimento di tutela

TUTORE LEGALE pro-tempore del sottoindicato soggetto interessato, nominato con provvedimento numero _____ del ___/___/___ emesso da _____

Confermo di aver preso atto dell'informativa di cui sopra, relativa al trattamento mediante strumenti elettronici e non, in Italia, adottando tutte le misure di sicurezza necessarie dei dati personali (anche appartenenti alle categorie particolari di dati) richiesti per l'esecuzione delle prestazioni professionali e sanitarie previste.

Quando necessario durante i trattamenti potrebbe essere soggetto ad un'indagine diagnostica tramite radiazioni ionizzanti (RX)
(*Informativa privacy ed rx completa disponibile in sala d'attesa*)

In caso di convenzioni o necessità, la comunicazione a terzi (Assicurazioni, fondi salute, ASL, SSN), autonomi titolari, commercialista studio Pragma sas, quando questa sia necessaria e funzionale alla prestazione stessa o per tutelare, salvaguardare o favorire i miei interessi.

Data ___/___/___

Firma _____

Acconsento alla trasmissione telematica delle spese sanitarie sostenute al portale online "Sistema Tessera Sanitaria" per la **dichiarazione redditi**.

In caso di diniego mi impegno a comunicarlo sul Portale online del Sistema Tessera Sanitaria.

Autorizzo Non autorizzo

Data ___/___/___

Firma _____