



Clinica: _____

Data: _____

Informazioni sul paziente

Sesso: <input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Legale rappresentante/assistenza giuridica
Cognome:	Cognome:
Nome:	Nome:
Data di nascita: giorno: mese: anno:	
Professione:	Professione:
Via:	Via:
NPA:	NPA:
Residenza:	Residenza:
N. di telefono abitazione:	N. di telefono:
N. di telefono ufficio:	Cassa malati/ località:
Cellulare:	N. assicurazione:
E-mail:	Garante:
Nome e indirizzo dell'odontoiatra:	<input type="checkbox"/> Conto privato <input type="checkbox"/> Prestazione integrativa a AVS/AI
	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> Ufficio del servizio sociale
Nome e indirizzo del medico di famiglia:	<input type="checkbox"/> LAINF/AI/AM <input type="checkbox"/> Richiedente asilo
	<input type="checkbox"/> Altro: _____

Persona da contattare in caso di emergenze e numero di telefono: _____

Inviato/a da: _____

È già stato/a in cura presso di noi? Se sì, dove: _____

Disturbi principali:

Descriva brevemente il motivo principale per cui chiede un trattamento/una consulenza presso il nostro centro: _____

Utilizzo dei dati dei pazienti per la ricerca e la formazione o in pubblicazioni

• Accosento che le mie radiografie, le foto, i modelli in gesso, i referti e i dati sanitari, nonché eventuali denti estratti e/o campioni prelevati nel corso del trattamento odontoiatrico, possano essere utilizzati a scopo didattico (formazione e aggiornamento professionale in ambito odontoiatrico) e per pubblicazioni, strumenti didattici e ricerca, a condizione che i miei dati personali vengano **resi anonimi** o **siano codificati**.

– In caso di **utilizzo codificato**, la chiave di decodifica viene gestita secondo le disposizioni dell'ordinanza sulla ricerca umana, per cui tale chiave viene conservata in modo sicuro e separata dai dati e dai campioni da un addetto non coinvolto nel progetto di ricerca. L'identificazione dei dati è autorizzata unicamente in determinati casi eccezionali.

Lei ha il diritto di essere informato/a di eventuali risultati rilevanti per la salute o di rinunciare a tale diritto. Può revocare il Suo consenso per iscritto in qualsiasi momento senza dovere addurre spiegazioni. In caso di utilizzo anonimo, i dati e i campioni non possono più essere associati ad un individuo: ciò significa che le eventuali informazioni riguardanti la sua salute non le potranno più essere comunicate. In questo caso decade anche il diritto di revoca, poiché i dati non possono più essere ricondotti alla persona.

– L'accesso ai dati sanitari e ai campioni dei pazienti è consentito unicamente a persone che necessitano di tali dati e campioni per lo svolgimento del proprio lavoro. Qualora dette persone utilizzino i dati e i campioni codificati o anonimi a scopo di ricerca o li trasmettano a terzi (ad es., nel quadro di una collaborazione per la ricerca con altri istituti universitari), trovano applicazione la legge sulla ricerca umana e l'ordinanza sulla ricerca umana (eccezione: l'anonimizzazione dei dati personali non genetici destinati all'uso a scopo di ricerca è disciplinata dalla legge sull'informazione e la protezione dei dati personali). Lo stesso dicasi per l'utilizzo dei dati sanitari e dei campioni a scopo di formazione.

– **Il rifiuto al consenso o la successiva revoca non influisce sul trattamento.**

• Confermo di avere compreso le presenti informazioni, di avere ottenuto risposta ad eventuali domande e acconsento all'utilizzo dei miei dati e dei miei campioni secondo quanto sopra illustrato.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Desidero essere informato/a di eventuali risultati rilevanti per la salute, se questi possono contribuire alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento di malattie esistenti o che potrebbero manifestarsi in futuro. (Opzione non prevista in caso di utilizzo dei dati anonimi)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Luogo, data, firma (paziente/legale rappresentante – raccogliere anche la firma dei minori in grado di giudicare)

▶

Indicazioni sullo stato di salute generale

Determinate patologie richiedono l'adozione di misure precauzionali in caso di trattamento odontoiatrico.

Le informazioni da Lei fornite sono coperte dal segreto professionale e saranno trattate con la massima riservatezza. Molte grazie!

Informazioni mediche generali riguardanti il/la paziente

Sta attualmente assumendo medicinali? Se sì, quali? _____

Sì **No**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Ha fatto la vaccinazione antitetanica? Quando _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Ha mai avuto reazioni insolite (allergie, ecc.) a iniezioni, medicinali o materiali odontoiatrici? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Ha una certificazione medica (schermatura antibiotica, terapia anticoagulante, trapianti, sostituzione articolare, pace-maker)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Nell'ultimo anno si è sottoposto/a a visite mediche? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Ha avuto malattie gravi e/o è stato/a ricoverato/a in ospedale? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Sanguina facilmente o a lungo se si ferisce? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Ha mai avuto incidenti a carico del viso o della mandibola o è stato/a operato/a o sottoposto/a a radioterapia in tale zona? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Ha mai avuto incidenti con conseguente lesione dei denti? |
| | | 9. Soffre o ha sofferto delle seguenti malattie: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Asma o raffreddore da fieno? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Affanno in caso di sforzi leggeri (come salire le scale)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) Diabete? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) Malattie cardiache? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) Ipertensione/ipotensione? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Infezioni (tubercolosi, epatite, malattie sessualmente trasmissibili, HIV/AIDS)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Osteoporosi? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h) Disturbi psichici? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) Tumore? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k) Altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Sviene facilmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Soffre spesso di disturbi gastrici o digestivi o vomita con frequenza? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Fuma? Se sì, quanto? _____
Da quanti anni? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Beve regolarmente alcolici?
Se sì, quanto? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Fa uso regolare di droghe leggere o pesanti? Quali? _____ |

Per le donne

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. È in stato di gravidanza? |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|

Segreto professionale, protezione dei dati, foro competente e legge applicabile

- In caso di richiesta di visita specialistica odontoiatrica o conferimento dell'incarico a medici (odontoiatri) o odontotecnici esterni, il Centro di odontoiatria (ZMZ) può trasmettere al medico (odontoiatra) richiedente o all'odontotecnico tutti i dati che ritiene necessari ai fini dell'ulteriore trattamento. Qualora Lei sia assegnato da un medico (odontoiatra) esterno al ZMZ, il ZMZ può informare il medico (odontoiatra) richiedente in modo opportuno sul trattamento presso il ZMZ.
- In caso di richiesta di assunzione dei costi, il ZMZ può trasmettere alle casse malati o agli uffici competenti (ad es. ufficio AI, servizio sociale) tutti i dati che ritiene necessari ai fini dell'accettazione di tale richiesta. Le informazioni riguardanti l'indirizzo possono essere elaborate a scopi amministrativi. Per la fatturazione degli ambulatori privati al ZMZ, i dati di fatturazione possono essere trasmessi alla Cooperativa della Cassa dei medici.
- Accosento che, in caso di un ritardo nel pagamento, il ZMZ trasmetta i dati necessari per la riscossione agli uffici di esecuzione e fallimento competenti, ai tribunali ed eventualmente ad uffici di incasso o ad avvocati incaricati dal ZMZ a tale scopo.
- Rilascio al ZMZ il mio consenso a richiedere agli istituti di valutazione del merito creditizio i dati di indirizzo e le informazioni riguardanti la regolarità dei pagamenti eventualmente presenti nei loro archivi ai fini della verifica del credito e della solvibilità. I dati riguardanti persone e indirizzi da me indicati saranno trasmessi alla CRIF AG di Zurigo ai fini della verifica della mia identità e solvibilità. Il ZMZ non trasmette informazioni mediche agli istituti di valutazione del merito creditizio.
- Si applica il diritto svizzero. Foro competente esclusivo è Zurigo/Svizzera.
- **Confermo che le informazioni fornite sono corrette e complete.** Il medico curante ha chiarito le mie eventuali domande riguardanti questo modulo (stato di salute, segreto professionale del medico, tutela dei dati, ecc.).

Luogo, data, firma (paziente/legale rappresentante – raccogliere anche la firma dei minori in grado di giudicare)

▶ _____