



Clinica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Informazioni sul paziente

Sesso: <input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> non binario	<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: \_\_\_\_\_

## 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. Sanguina facilmente o a lungo se si ferisce?  |

**Sì**   **No**

5. Ha mai avuto incidenti a carico del viso o della mandibola/mascella (eventualmente con lesioni ai denti) o è mai stato/a operato/a o sottoposto/a a radioterapia in tale zona?
6. Soffre o ha sofferto delle seguenti malattie:
- a) Asma o raffreddore da fieno?
- b) Affanno in caso di sforzi leggeri (come salire le scale)?
- c) Diabete?
- d) Malattie cardiache?
- e) Ipertensione/ipotensione?
- f) Infezioni (tubercolosi, epatite, malattie sessualmente trasmissibili, HIV/AIDS)?
- g) Osteoporosi?
- h) Disturbi psichici?
- i) Tumore?
- k) Altro: \_\_\_\_\_
7. Sviene facilmente?
8. Soffre spesso di disturbi gastrici o digestivi o vomita con frequenza?
9. Fuma? Se sì, quanto? \_\_\_\_\_  
Da quanti anni? \_\_\_\_\_
10. Beve regolarmente alcolici?  
Se sì, quanto? \_\_\_\_\_
11. Fa uso regolare di droghe leggere o pesanti? Quali? \_\_\_\_\_

**Per le donne**

12. È in stato di gravidanza?

**Segreto professionale in campo odontoiatrico, protezione dei dati, foro competente e legge applicabile**

- In caso di richiesta di consulenza o conferimento di un incarico a specialisti esterni (medici, odontoiatri, odontotecnici, assistenti di profilassi, igienisti dentali), lo studio medico privato può trasmettere agli specialisti incaricati (medici, odontoiatri, odontotecnici, assistenti di profilassi, igienisti dentali) tutti i dati necessari ai fini dell'ulteriore trattamento. Se Lei è stato/a inviato/a in consulenza allo studio medico privato da parte di specialisti esterni (medici, odontoiatri, odontotecnici, assistenti di profilassi, igienisti dentali), lo studio medico privato può informare lo specialista esterno richiedente, nei modi e nei termini adeguati, sul trattamento effettuato presso lo studio medico privato.
- In caso di richiesta di garanzia di assunzione dei costi, il/la sottoscritto/a acconsente che lo studio medico privato trasmetta ai soggetti paganti competenti (ad es. cassa malati, assicurazione infortuni, ufficio AI, servizio sociale) tutti i dati necessari ai fini dell'accettazione di tale richiesta. In presenza di una garanzia di assunzione dei costi, i costi vengono fatturati direttamente al soggetto pagante, previo accordo con lo stesso.
- Il/La sottoscritto/a acconsente che lo studio medico privato trasmetta i dati necessari per la fatturazione alla Cassa dei Medici – Società cooperativa di Urdorf. Le prestazioni vengono fatturate da parte della Cassa dei Medici.
- Il/La sottoscritto/a acconsente che, in caso di ritardato pagamento, lo studio medico privato o la Cassa dei Medici trasmetta i dati necessari per l'incasso agli uffici di esecuzione e fallimento competenti, ai tribunali e agli uffici di incasso o agli studi legali incaricati a tale scopo e, in questo contesto, esonera lo studio medico privato dall'obbligo del segreto professionale in campo medico (odontoiatrico).
- Il/La sottoscritto/a acconsente che lo studio medico privato possa richiedere agli istituti di valutazione del merito creditizio i dati di indirizzo e le informazioni riguardanti la regolarità dei pagamenti ai fini della verifica del credito e della solvibilità. Lo studio medico privato trasmette all'istituto di valutazione del merito creditizio esclusivamente i dati personali e i recapiti menzionati in questo modulo alla rubrica «Dati del paziente» ai fini della verifica dell'identità e della solvibilità. Non trasmette all'istituto di valutazione del merito creditizio né informazioni mediche né dati sulle esperienze di pagamento dello studio medico privato.
- Si applica il diritto svizzero. Foro competente esclusivo è Zurigo / Svizzera.
- Confermo che le informazioni fornite sono corrette e complete. Lo specialista curante ha risposto alle mie eventuali domande riguardanti questo modulo (stato di salute, segreto professionale in campo medico (odontoiatrico), protezione dei dati, ecc.).

**Luogo, data, firma** (paziente/rappresentante legale – raccogliere anche la firma dei minori con capacità di discernimento)

▶ \_\_\_\_\_



Documento informativo sul consenso generale 2022/11\_I – Pagina 1 di 2

## Riutilizzo di dati sanitari personali e campioni di materiale biologico a scopo di ricerca e didattica

Gentile paziente

Nel corso del Suo trattamento presso il Centro di Odontoiatria (ZZM) saranno raccolti dati sanitari ed eventualmente anche campioni di materiale biologico che La riguardano (ad es. eventuali denti estratti, campioni di saliva). Questi campioni di materiale biologico e i dati associati sono molto preziosi anche per la ricerca e la didattica odontoiatrica. La invitiamo pertanto ad acconsentire all'utilizzo dei Suoi dati e campioni di materiale biologico a scopo di ricerca e didattica.

### Come può dare il Suo contributo alla ricerca e didattica?

Firmando la seguente dichiarazione di consenso con «Sì», metterà a disposizione i Suoi dati sanitari e campioni residui di materiale biologico per finalità di ricerca e didattica. Il Suo consenso riguarda tutti i dati che sono già stati raccolti o che saranno raccolti in futuro presso il ZZM. Riguarda i campioni di materiale biologico nello stesso modo.

Il Suo consenso è volontario. Il consenso resta valido a tempo indeterminato o fino alla sua revoca (ritiro). Lei ha il diritto di revocare il consenso in ogni momento e senza dover giustificare la sua decisione, rivolgendosi all'indirizzo di contatto sottostante. Dopo la revoca del consenso, i Suoi dati e campioni di materiale biologico non potranno più essere utilizzati per nuovi progetti di ricerca. La Sua decisione di revocare il consenso non ha alcuna influenza sul Suo trattamento medico.

### Come sono protetti i Suoi dati sanitari e campioni di materiale biologico?

I Suoi dati sono trattati e protetti presso il ZZM in accordo con le disposizioni legali vigenti. Soltanto poche persone sono autorizzate a visionare i dati sanitari non codificati della Sua cartella clinica e ad accedere ai Suoi campioni di materiale biologico non codificati.

Queste persone si occupano del Suo trattamento oppure hanno l'autorizzazione di visionare i Suoi dati nell'ambito di un progetto di ricerca.

Per essere utilizzati per progetti di ricerca, i Suoi dati e campioni di materiale biologico devono essere codificati o anonimizzati non appena ciò sia possibile. Codificati significa che tutti i dati personali, come il nome o la data di nascita, vengono sostituiti da un codice. La chiave che collega il codice al nome è conservata in modo sicuro da una persona che non partecipa al progetto di ricerca. Le persone che non hanno accesso alla chiave di decodifica non possono identificarla.

In caso di anonimizzazione dei dati e dei campioni di materiale biologico, non esiste alcuna chiave che consenta di identificarla.

### Chi può utilizzare i Suoi dati sanitari e campioni di materiale biologico?

I Suoi dati e campioni di materiale biologico possono essere utilizzati da ricercatori autorizzati del ZZM per progetti di ricerca condotti presso il ZZM stesso o in collaborazione con altri istituti (ad esempio istituti universitari). I progetti possono essere condotti in Svizzera o all'estero e includere eventualmente analisi genetiche.

Nel caso in cui i Suoi dati e campioni di materiale biologico vengano trasferiti in forma codificata a ri-

## Riutilizzo di dati sanitari personali e campioni di materiale biologico a scopo di ricerca e didattica

cercatori al di fuori del ZZM, la relativa chiave di decodifica rimane presso il ZZM, dove viene conservata in modo sicuro da un ufficio che non partecipa al progetto di ricerca. In caso di progetti di ricerca condotti all'estero, si applicano almeno le stesse norme di protezione dei dati vigenti in Svizzera. I progetti di ricerca devono essere approvati generalmente dalla commissione d'etica competente.

### **Verrà informato dei risultati della ricerca?**

Le informazioni ottenute da progetti di ricerca condotti sui Suoi dati e campioni di materiale biologico contribuiscono generalmente soltanto a migliorare l'assistenza odontoiatrica di futuri pazienti. Tuttavia, qualora dovessero emergere risultati significativi per Lei ed essere rese disponibili procedure odontoiatriche, il ZZM potrebbe contattarla (questo non è però possibile in caso di ricerca con dati e campioni di materiale biologico anonimizzati).

### **Ci saranno costi aggiuntivi o vantaggi economici?**

Non ci saranno per Lei costi aggiuntivi. La legge proibisce un uso commerciale dei Suoi dati e campioni di materiale biologico.

Non ci sarà quindi nessun vantaggio economico per Lei o per il ZZM.

### ***Se ha altre domande o desidera ulteriori informazioni, può rivolgersi all'indirizzo di contatto sottostante o visitare il nostro sito web***

<https://www.zzm.uzh.ch>

Zentrum für Zahnmedizin  
Plattenstrasse 11  
8032 Zürich

Telefono +41 (0)44 634 33 11

Fax +41 (0)44 634 43 11



Consenso generale 2022/11\_I – Dichiarazione di consenso

## Riutilizzo di dati sanitari personali e campioni di materiale biologico a scopo di ricerca e didattica

Nome e cognome del/della paziente

Data di nascita

Con la presente acconsento

che i miei dati sanitari (incl. dati genetici) e campioni di materiale biologico, raccolti e/o prelevati durante il mio trattamento presso il ZZM, possano essere utilizzati a scopo di ricerca e didattica.

Sì

No

Confermo

- di aver letto e compreso le informazioni che mi sono state fornite nel «Documento informativo sul consenso generale 2022/11\_I» sulle norme per il riutilizzo dei miei dati sanitari e campioni di materiale biologico.
- di aver compreso che i miei dati personali sono protetti.
- di aver compreso che i miei dati e campioni di materiale biologico potranno essere usati in progetti nazionali ed internazionali presso istituti pubblici e privati.
- di aver compreso che i miei campioni di materiale biologico potrebbero essere utilizzati a scopo di ricerca e didattica per analisi genetiche.
- di aver compreso che potrei essere ricontattato/a in caso di risultati rilevanti per me.
- di aver compreso che la mia decisione è volontaria e non ha alcuna influenza sul mio trattamento.
- di aver compreso che la mia decisione vale a tempo indeterminato.
- di aver compreso che posso revocare il mio consenso in qualunque momento e senza dover giustificare la mia decisione.

Luogo, data

Firma del/della paziente, se capace di esprimere la sua volontà

Luogo, data

Firma del rappresentante legale, se pertinente  
(nome e relazione con il/la paziente)

Se lo desidera, riceverà una copia di questa pagina firmata.

In caso di ulteriori domande può rivolgersi ai Suoi medici curanti oppure contattare il seguente recapito:

Zentrum für Zahnmedizin, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich – Telefono +41 (0)44 634 33 11