

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Paziente n.: _____

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO

Dati personali

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo: _____ NPA / città: _____

Rappresentante legale: _____

Tel. casa: _____ Tel. ufficio: _____ Cellulare: _____

Se non si desidera ricevere **alcun** promemoria per gli appuntamenti via SMS, contrassegnare questa casella. ☐ Nazionalità: _____

Data di nascita (GG/MM/AAAA) ____ . ____ . ____ Professione / titolo: _____

E-mail: _____

(Indicando la Sua e-mail acconsente all'invio elettronico da parte nostra di dati confidenziali come appuntamenti, fatture, referti medici.)

Datore di lavoro (nome / indirizzo): _____

Nel caso in cui AVS / AI o il servizio sociale si faccia carico del trattamento: Nome / indirizzo: _____

Nome / indirizzo del suo medico di famiglia / dentista: _____

Ha un'assicurazione dentale complementare? Se sì, presso quale compagnia assicurativa? _____

Come ha saputo di noi?

☐ Segnalazione da: ☐ medico ☐ dentista Nome: _____

☐ Parenti / amici / conoscenti ☐ sito web ☐ inserzione, dove: _____ ☐ pubblicazione, quale: _____

☐ Kieferorthopädie Zentrum Bern e i partner di Kieferorthopädie Zentrum Bern in Svizzera desiderano inviarLe periodicamente offerte e informazioni via e-mail che potrebbero essere di suo interesse. Se **non è** interessato ad utilizzare questo servizio, contrassegni la casella antistante. Può sempre revocare il suo consenso anche in un secondo momento.

Domande sulla salute

Molte malattie possono avere effetti sulle cure odontoiatriche. Compilando il presente questionario, ci fornisce informazioni importanti sul Suo stato di salute e ci permette di adeguare individualmente il trattamento alle Sue esigenze. **Le informazioni da Lei fornite saranno trattate in modo strettamente confidenziale e sono soggette al segreto professionale.**

Motivo della consultazione: _____

È venuto/a a trovarci a causa di un incidente? In caso affermativo, data dell'incidente: _____ ☐ Sì ☐ No

Richieste speciali: _____

È stato sottoposto a cure mediche di recente? ☐ Sì ☐ No

Se sì, per cosa? _____

Ha avuto un ricovero ospedaliero o un incidente negli ultimi 5 anni? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, elencare il motivo / tipo della lesione _____

Ha una carta d'identità / passaporto medico (ad esempio, per protezione antibiotica, emodiluizione, pacemaker, protesi articolare e/o trapianto di organi)? ☐ Sì ☐ No

Ha o ha avuto l'epatite (itterizia)? ☐ Sì ☐ No

È sieropositivo/a o affetto/a da AIDS? ☐ Sì ☐ No

Malattie cardiache:

Endocardite (infiammazione del rivestimento interno del cuore) ☐ Sì ☐ No

Valvola cardiaca difettosa / valvole cardiache artificiali ☐ Sì ☐ No

Angina pectoris ☐ Sì ☐ No

Infarto miocardico ☐ Sì ☐ No

Pressione arteriosa troppo alta / bassa ☐ Sì ☐ No

Pacemaker ☐ Sì ☐ No

Malattie del sangue:

Anemia ☐ Sì ☐ No

Sanguina a lungo per le ferite? Ha l'emofilia (tendenza a sanguinare)? ☐ Sì ☐ No

È scoagulato (emodiluizione)? ☐ Sì ☐ No

È facilmente soggetto/a ad ematomi? ☐ Sì ☐ No

Soffre di disturbi circolatori, come ad es. sincopi? ☐ Sì ☐ No

Ha il diabete? ☐ Sì ☐ No

Soffre di reflusso acido, bruciore di stomaco e/o vomito frequente? ☐ Sì ☐ No

Ha qualche allergia? Se sì, quali? _____ ☐ Sì ☐ No

È ipersensibile alle iniezioni? ☐ Sì ☐ No

Soffre di problemi respiratori (asma, bronchite e/o raffreddore da fieno)? ☐ Sì ☐ No

Soffre di tensioni, dolori alla testa e/o al collo? ☐ Sì ☐ No

Ha mai avuto reumatismi, osteoporosi, problemi articolari e/o trapianti d'organo? ☐ Sì ☐ No

Ha delle articolazioni artificiali (anche, ginocchia)? ☐ Sì ☐ No

Sta assumendo regolarmente farmaci? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali? _____

È soddisfatto/a delle condizioni / dell'aspetto dei suoi denti? ☐ Sì ☐ No

Se no, cosa la disturba? _____

Ha mai avuto problemi per precedenti cure odontoiatriche? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali? _____

Ha mai avuto un grave incidente alla mascella e/o al viso? ☐ Sì ☐ No

È mai stato/a operato/a o irradiato/a nella zona della bocca e/o delle labbra? ☐ Sì ☐ No

Fuma? Quanto? _____ ☐ Sì ☐ No

Beve alcolici regolarmente? ☐ Sì ☐ No

Fa uso di droghe? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali? _____

Soffre di epilessia? ☐ Sì ☐ No

Ha altre malattie gravi? ☐ Sì ☐ No

Sta prendendo la «pillola» (contraccettivo orale)? ☐ Sì ☐ No

È attualmente incinta? ☐ Sì ☐ No

In quale settimana? _____

È stato/a informato/a sui pagamenti diretti? ☐ Sì ☐ No

La preghiamo di informarci con almeno 24 ore di anticipo su eventuali spostamenti o disdette degli appuntamenti. In caso contrario ci riserviamo il diritto di addebitare l'appuntamento mancato. Per il resto rinviamo alle nostre condizioni generali di contratto disponibili all'indirizzo www.kieferorthopaede-bern.ch, che si applicano al nostro rapporto contrattuale con Lei.

Confermo che i dati da me forniti sono corretti e acconsento al trattamento dei miei dati personali come descritto nella pagina seguente.

Luogo / data: _____

Firma: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Trattamento dei dati personali

I dati personali richiesti nel presente questionario anamnestico e quelli raccolti durante le cure mediche (decorso della malattia, anamnesi, radiografie e altre immagini, fotografie, opzioni terapeutiche, trattamenti effettuati, informazioni mediche, ecc.) sono utilizzati per cure mediche, fatturazione, valutazione del credito e riscossione. Inoltre, questi dati possono essere utilizzati per inviare messaggi pubblicitari sui nostri servizi e sulle nostre offerte, a meno che non siano stati precedentemente contrassegnati come indesiderati. Questi dati personali vengono salvati e conservati in un sistema di gestione dei pazienti secondo le disposizioni di legge applicabili. L'adempimento del presente contratto intrattenuto con Lei, la soddisfazione dei nostri legittimi interessi superiori e il Suo consenso costituiscono, a seconda del tipo di elaborazione dei dati, il fondamento giuridico su cui si basa l'elaborazione dei dati stessi.

Noi elaboriamo e memorizziamo i Suoi dati solo per il tempo necessario alla finalità per i quali sono stati raccolti o fintanto che sussiste altro fondamento giuridico (per es. termini legali di conservazione e prescrizione). Conserviamo i dati che possediamo in virtù di un rapporto contrattuale con Lei almeno fino a quando il rapporto contrattuale rimane in vigore e fino alla scadenza dei termini di prescrizione di nostre eventuali pretese o fino a che rimangono in vigore obbligazioni contrattuali di conservazione. Se necessario per il trattamento medico, possono essere richiesti al Suo precedente medico (odontoiatra) informazioni e documenti di precedenti cure mediche (odontoiatriche). A questo proposito, sia Lei che il medico (dentista) che viene consultato ci esonerate dall'obbligo di osservanza del segreto professionale derivante dalla legge sulla protezione dei dati personali.

Responsabile in relazione ai dati personali raccolti è la Kieferorthopädie Zentrum Bern AG, avente sede legale in Neuengasse 43, 3011 Berne. I/Le collaboratori/collaboratrici di Kieferorthopädie Zentrum Bern AG possono visionare ed elaborare questi dati per le finalità sopra menzionate. Inoltre sulla base del Suo espresso consenso, i dati personali possono essere comunicati ai seguenti soggetti terzi in Svizzera e nell'UE e Lei ci esonera dall'osservanza del segreto professionale e in ambito sanitario in conformità con la legge in materia di tutela dei dati personali e col presente fornisce il Suo consenso a rendere pubblici i dati ai seguenti soggetti terzi nella misura di seguito indicata:

- a laboratori odontotecnici e ad altri laboratori, se necessario per il trattamento medico;
- ad altri medici, tecnici sanitari esperti e ad istituti sanitari, qualora Lei ne faccia richiesta o ci venga richiesto a Suo nome dagli stessi;
- ad enti di assicurazione sanitaria obbligatoria, di assicurazione sugli infortuni e ad altre compagnie di assicurazione, nonché ad autorità o istituzioni governative, ove ciò si riveli necessario per le cure mediche, la liquidazione o la fatturazione;
- a società di servizi esterni in ambito IT, che forniscono assistenza al nostro software e hardware;
- ad altre società e cliniche della Kieferorthopädie Zentrum Bern AG e/o a prestatori di servizi esterni, che ci assistono nella fatturazione, nella attività amministrative, nella verifica della solvibilità e nella riscossione; i Suoi dati personali, in particolare i Suoi dati sulla solvibilità vengono anche inoltrati a società di servizi specializzate ai fini del controllo della solvenza e della gestione delle relative banche dati; il controllo della solvibilità viene effettuato anche per mezzo di sistemi e decisioni automatizzate e determina i tipi di pagamento disponibili;
- a società di servizi (es. avvocati e uffici di riscossione crediti) e ad autorità (es. autorità di sorveglianza, autorità di riscossione del credito e per le procedure concorsuali, Giudici di Pace, tribunali), che ci assistono nell'ambito della riscossione dei crediti;
- al MF del Gruppo AG in St. Gallen per le finalità di liquidazione (incl. cessione del credito), verifica della solvibilità e tutela del credito nonché ai rispettivi partner finanziatori in Germania a scopo di trasferimento e tutela del credito; i Suoi dati personali e i dati sulla sua solvibilità saranno anche trasmessi a scopo di verifica della solvibilità e di gestione delle relative banche dati a imprese di servizi specializzate;
- a partner esterni, per far pervenire loro offerte e informative, a meno che non siano stati precedentemente selezionati come indesiderati.

Nel caso in cui a terzi in Svizzera o nell'UE vengano comunicati dati personali, saranno comunicati solo i dati necessari per il raggiungimento delle rispettive finalità.

Ha il diritto di ricevere informazioni sui suoi dati personali oggetto di elaborazione, in particolare di richiederne la correzione e di esigerne la cancellazione. Nei casi in cui l'elaborazione dei dati si basa sul Suo consenso, Lei ha anche il diritto di revocare il Suo consenso in ogni momento con effetto per il futuro. Tuttavia l'efficacia legale dell'elaborazione dei dati avvenuta sulla base del consenso fino alla revoca rimane in essere. Inoltre Lei ha il diritto di intentare azioni legali a tutela dei suoi diritti o di presentare un ricorso presso il Garante per la tutela dei dati personali. L'autorità competente per la tutela dei dati personali della Svizzera è l'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (<http://www.edoeb.admin.ch>). Per domande sulla tutela dei dati personali, si prega rivolgersi a info@kieferorthopaede-bern.ch.