|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |
|

 |
|  |

**SCHEDA DI VISITA**

COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
DATA DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

SAN GIUSEPPE PROVAGGI FINANZIARIA SRL (SAN GIUSEPPE PROFIN) tratta i dati personali degli utenti secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti degli stessi. Questa informativa ha lo scopo di fornire una chiara comprensione delle pratiche di trattamento dei dati. Il Titolare del trattamento è SAN GIUSEPPE PROFIN, P.Iva 0083930092, con sede legale in VIA DELLA MOSCOVA 10, 20121 MILANO. Il Titolare garantisce la protezione dei dati personali da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione. Le policy e le prassi adottate sono regolarmente aggiornate per rispondere a cambiamenti normativi e organizzativi. Il DPO è SIGMA SERVIZI SRL, con sede legale in Via Larga 31, 20122 Milano, contattabile all’indirizzo dposangiuseppeprofin@mailsg.it. Il DPO è responsabile di assicurare che tutte le attività di trattamento dei dati siano conformi alle normative vigenti. I dati trattati possono includere dati comuni, particolari, sanitari e biometrici. Questi dati possono essere raccolti durante la fornitura di servizi sanitari, diagnostici e terapeutici, nonché attraverso interazioni amministrative. Le finalità sono:

1. Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Base giuridica: esecuzione di un contratto.

2. Adempimento di obblighi contabili e fiscali. Base giuridica: obbligo legale.

3. Adempimento di obblighi di legge e normativa comunitaria. Base giuridica: obbligo legale.

4. Gestione delle liste d’attesa e maggiore possibilità di scelta tramite società collegate. Base giuridica: consenso.

Il conferimento dei dati è necessario per le finalità sopra indicate. Il rifiuto di fornire tali dati potrebbe impedire l'esecuzione dei servizi richiesti.

I dati saranno trattati da personale autorizzato, società terze e collaboratori medici, nonché da professionisti esterni e consulenti. I dati non saranno diffusi e saranno conservati su server ubicati nell’Unione Europea, attualmente situati in Italia. Le misure di sicurezza adottate assicurano la riservatezza e l’integrità dei dati. Gli interessati hanno il diritto di accedere, aggiornare, rettificare, cancellare i dati, limitare il trattamento, opporsi al trattamento, chiedere la portabilità dei dati e revocare il consenso in qualsiasi momento. Per esercitare questi diritti, contattare privacy@mailsg.it o inviare una raccomandata a SAN GIUSEPPE PROVAGGI FINANZIARIA via Delle Peschiere 41/6, 17025 Loano. È anche possibile proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Preso atto della possibilità di revocare il mio consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali e dati sensibili da parte del titolare del trattamento per le suddette finalità:

Consento [ SI ] [NO] Registrazione pazienti e gestione amministrativa

Consento [ SI ] [NO] Che il professionista possa prelevare i miei dati particolari utilizzabili ai soli fini professionali

Consento [ SI ] [NO] Comunicazione a Loano Salute o altre aziende partner

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULA DI CONSENSO PER MINORE**

I sottoscritti,

padre (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

madre (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

o TUTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori/ esercenti la podestà genitoriale (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*□ acconsento □ non acconsento*

*al trattamento dei dati di natura sensibile/particolare, relativi allo stato di salute, per le finalità riportate in informativa.*

 Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma della Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

Loano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



***ANAMNESI GENERALE***

|  |
| --- |
| ***Una corretta conoscenza del Suo stato di salute ci aiuta a trattare meglio i Suoi problemi dentali ed è essenziale per consentirci di adottare cure compatibili anche con il Suo stato di salute e le patologie da cui è affetto*** |
| ***1*** | Siete in buona salute in generale? | **SI** | **NO** |
| ***2*** | Siete a conoscenza di gravi malattie nella vostra famiglia, anche ereditarie? | **SI** | **NO** |
| Se sì, quali? |
| ***3*** | Siete in cura medica o lo siete stato negli ultimi due anni, per una delle seguenti ragioni? | **SI** | **NO** |
|  | \* cefalee | **SI** | **NO** |
|  | \* Malattie endocrine (disfunzioni tiroide, diabete, **altro)** | **SI** | **NO** |
|  | \* Osteo-articolari | **SI** | **NO** |
| ***4*** | Malattie epatiche (epatite A, epatite B, epatite C, Cirrosi) | **SI** | **NO** |
| Se sì, quali? |
| ***5*** | Apparato respiratorio **(sinusiti, raffreddori, asma bronchiale, difficile respirazione nasale)** | **SI** | **NO** |
| ***6*** | Malattie ematiche (leucemia, facilita**’** alle emorragie, anemia, **altro)** | **SI** | **NO** |
| ***7*** | Muscolari (distrofia muscolare, altro) | **SI** | **NO** |
| ***8*** | Occhi (glaucoma, altro) | **SI** | **NO** |
| ***9*** | Sistema nervoso (parkinson, sclerosi multipla, epilessia, paralisi, altro) | **SI** | **NO** |
| ***10*** | Psiche-comportamento (disturbi nervosi o psichici che hanno richiesto uso prolungato farmaci) | **SI** | **NO** |
| ***11*** | Protesi Artificiali (articolari, cardiache, pace-maker, altro) | **SI** | **NO** |
| ***12*** | Cardio-vascolari (soffi cardiaci, ipertensione/ipotensione arteriosa, cardiopatia ischemica, altro) | **SI** | **NO** |
| ***13*** | Renali e/o urinarie? | **SI** | **NO** |
| ***14*** | Digerenti (colite, disturbi gastrici, ulcera, altro) | **SI** | **NO** |
| ***15*** | Infettive (malattie da virus HIV, malattie veneree, altro) | **SI** | **NO** |
| ***16*** | ***ALLERGIE*** | **SI** | **NO** |
| Se sì, quali? |
| ***17*** | Altre condizioni (chemioterapia, terapie radianti, altro) | **SI** | **NO** |
| Se sì , quali? |
| ***18*** | **Osteoporosi** | **SI** | **NO** |
| Se assumete farmaci per l'osteoporosi, elencare quali (***SOPRATTUTTO SE BIFOSFONATI***) |
|  |  |  |  |
| **IMPORTANTE PER DIAGNOSI E CURA** |
| ***1*** | State assumento farmaci? | **SI** | **NO** |
|  | Se sì, specificare con precisione nome farmaco e per quale motivo, in particolare fluidificanti ematici? |  |  |
|  |  |  |  |
| ***2*** | State facendo cure a base di cortisone? | **SI** | **NO** |
| ***3*** | Bevete molti caffè? | **SI** | **NO** |
| ***4*** | Siete fumatore? | **SI** | **NO** |
| ***5*** | Presenta delle problematiche odontoiatriche? | **SI** | **NO** |
|  | Se sì , quali? |  |  |
| **SOLO PER LE SIGNORE** |
| ***1*** | Siete in stato di gravidanza? | **SI** | **NO** |
| ***2*** | Avete preso a lungo farmaci anticoncezionali? | **SI** | **NO** |
| ***3*** | E' in stato di menopausa? | **SI** | **NO** |
| **CON LA PRESENTE SOTOSCRIZIONE GARANTISCO E CONFERMO LA VERIDICITA' ED ATTENDIBILITA' DI QUANTO SOPRA DICHIARATO.****MI OBBLIGO A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE QUALSIASI VARIAZIONE CHE INTRAVENGA.** |

**Data Firma per conferma e accettazione di quanto sopraelencato**

**X**