

# Clinica Odontoiatrica Amosso s.r.l.

Direttore Sanitario: Dott. Ernesto Amosso  
Iscr. Albo Odontoiatri n° 205 - OMCeO di Biella  
Via Addis Abeba n° 5 13900 - Biella (BI)  
C.F. / P.IVA 02754290027 - info@studioamosso.it  
TEL 015.403610 - www.studioamosso.it

---

## Scheda Anagrafica

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data
Via/Piazza	n°
Luogo di residenza	
Telefono abitazione	Cellulare
Email	
Codice fiscale	
Medico curante	
Convenzione/assicurazione odontoiatrica	
Come ci ha conosciuto?	

Quale giorno/i preferisce per i suoi appuntamenti

<input type="checkbox"/> Lun.	<input type="checkbox"/> Mart.	<input type="checkbox"/> Merc.	<input type="checkbox"/> Giov.	<input type="checkbox"/> Ven.	<input type="checkbox"/> Sab.
Dalle	Dalle	Dalle	Dalle	Dalle	Dalle
Alle	Alle	Alle	Alle	Alle	Alle

# Clinica Odontoiatrica Amosso s.r.l.

Direttore Sanitario: Dott. Ernesto Amosso  
Iscr. Albo Odontoiatri n° 205 - OMCeO di Biella  
Via Addis Abeba n° 5 13900 - Biella (BI)  
C.F. / P.IVA 02754290027 - info@studioamosso.it  
TEL 015.403610 - www.studioamosso.it

---

## Consenso al trattamento dei dati ed informative ai sensi del Codice sulla Privacy (D. Lgs. 196/03)

Per fornirci i suoi dati personali, La preghiamo di leggere il presente foglio informativo.

1- Per "dati" si intendono:

- quelli che Le richiediamo oggi, col presente modulo e che potremo richiederLe in futuro;
- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle prestazioni mediche a suo favore;
- quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della

Sua salute;

- quelli spontaneamente da Lei forniti.

2 - I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie.

3 - I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee

4 - I dati potranno essere:

- comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;
- messi a disposizione del personale odontoiatrico associato, che frequenta, che collabora o che dovesse sostituire il titolare in caso di sua assenza;
- resi noti ai dipendenti ed ai consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge;
- comunicati ai laboratori odontotecnici per le attività loro proprie, secondo le norme del D.lgt. 46/97, dir. 93/42/CEE.

5 - Le comunichiamo i Suoi diritti:

**A - Ottenere, a cura del titolare, senza ritardo:**

- la conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento: la richiesta può essere rinnovata, salvo giustificati motivi, con intervallo non minore di 90 giorni;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è
- necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati; l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
- l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti n. 2 e 3 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

**B - Opporsi in tutto od in parte al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.**

Per quanto riguarda il suo diritto ad opporsi in tutto od in parte al trattamento di dati personali che La riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, Le precisiamo che tali attività

NON verranno comunque svolte dal nostro Studio in quanto estranee all'esercizio professionale medico e odontoiatrico.

La informiamo inoltre che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

### Consenso

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione e il trattamento dei dati di cui al punto 1 e 2;
- la comunicazione dei dati a terzi e il trattamento ai sensi del punto 4;

Firma del Paziente (o del Legale Rappr.) ~ \_\_\_\_\_

# Clinica Odontoiatrica Amosso s.r.l.

Direttore Sanitario: Dott. Ernesto Amosso  
Iscr. Albo Odontoiatri n° 205 - OMCeO di Biella  
Via Addis Abeba n° 5 13900 - Biella (BI)  
C.F. / P.IVA 02754290027 - info@studioamosso.it  
TEL 015.403610 - www.studioamosso.it

---

## Scheda Anamnestica

SI	NO	E' attualmente di buona salute?
NO	SI	Ha avuto malattie, ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici? Se SI, quali?
NO	SI	Attualmente sta assumendo farmaci? Se SI, quali?
NO	SI	È allergico a qualche alimento, farmaco o sostanza? Se SI, quali?
NO	SI	È affetto da patologie infettive quali Epatite virale B o C o HIV? Se SI, quali?
NO	SI	Malattie del cuore Se SI, quali?
NO	SI	Malattie del sangue (anemia, leucemia, etc) Se SI, quali?
NO	SI	Malattie emorragiche Se SI, quali?
NO	SI	Pressione alta? Se SI, quali sono i parametri? Max    Min
NO	SI	Malattie del rene Se SI, quali?
NO	SI	Malattie dell'apparato digerente Se SI, quali?
NO	SI	Malattie polmonari Se SI, quali?
NO	SI	Malattie del sistema nervoso Se SI, quali?
NO	SI	Malattie autoimmuntarie Se SI, quali?
NO	SI	Diabete Se SI, quale tipo?                      Valori glicemia medi
NO	SI	Malattie della tiroide Se SI, quali?
NO	SI	Epatite cronica (cirrosi)
NO	SI	Altre malattie non elencate? Se SI, quali?
NO	SI	È fumatore? Se SI, quante sigarette fuma al giorno?
NO	SI	È in gravidanza? Se SI, in che mese?

Firma del Paziente (o del Legale Rappr.) ~ \_\_\_\_\_