



## Informazioni personali

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ NPA / città: \_\_\_\_\_

Data di nascita:                   Sesso: femmina  maschio

Rappresentante legale: \_\_\_\_\_ Data di nascita:                  

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. ufficio: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Se non si desidera ricevere **alcun** promemoria per gli appuntamenti, contrassegnare questa casella.  Nazionalità: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Professione / titolo: \_\_\_\_\_

Datore di lavoro (nome / indirizzo): \_\_\_\_\_

Nel caso in cui l'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, quale assicurazione? \_\_\_\_\_

Come ha saputo di noi?

Segnalazione da parte di  medico  dentista nome: \_\_\_\_\_  
 parenti / amici / conoscenti  sito web  inserzione, dove: \_\_\_\_\_  Pubblicazione, quale: \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft Wolfbach desidera inviarle periodicamente via e-mail offerte e informazioni che potrebbero essere di suo interesse. Se **non** è interessato ad utilizzare questo servizio, contrassegni la casella a sinistra. Può anche revocare il suo consenso 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 adattare individualmente il trattamento alle sue esigenze. Le informazioni da lei fornite saranno trattate in modo strettamente confidenziali e sono soggette al segreto medico.

Motivo della consultazione: \_\_\_\_\_

È venuto/a a trovarci a causa di un incidente? In caso affermativo, data dell'incidente: \_\_\_\_\_  S  N

Richieste speciali: \_\_\_\_\_

È stato sottoposto a cure mediche di recente?  S  N  
Se sì, per cosa? \_\_\_\_\_

Ha avuto un ricovero ospedaliero o un incidente negli ultimi 5 anni?  S  N  
In caso affermativo, elencare il motivo / tipo della lesione \_\_\_\_\_

Ha una carta d'identità / passaporto medico (per esempio, per protezione antibiotica, emodiluizione, pacemaker, protesi articolare e/o trapianto di organi)?  S  N

Ha o ha avuto l'epatite (itterizia)?  S  N

È sieropositivo/a o affetto/a da AIDS?  S  N

**Malattie cardiache:**

Endocardite (infiammazione del rivestimento interno del cuore)  S  N

Valvola cardiaca difettosa/valvole cardiache artificiali  S  N

angina pectoris  S  N

Attacco cardiaco  S  N

Pressione arteriosa troppo alta / bassa  S  N

Pacemaker  S  N

**Malattie del sangue:**

Anemia  S  N

Sanguina a lungo per le ferite? Soffre di l'emofilia (tendenza a sanguinare)?  S  N

È affetto/a da anticoagulazione (emodiluizione)?  S  N

È facilmente soggetto/a ad ematomi?  S  N

Soffre di disturbi circolatori, come ad es. sincopi?  S  N

Ha il diabete? Typ I/ typ II/ typ III/ in famiglia?  S  N

Soffre di reflusso acido, bruciore di stomaco e/o vomito frequente?  S  N

Ha qualche allergia? Se sì, quali? \_\_\_\_\_  S  N

È ipersensibile alle siringhe?  S  N

Soffre di problemi respiratori (asma, bronchite e/o raffreddore da fieno)?Soffre di tensioni, dolori alla testa e/o al collo?  S  N

Ha mai avuto reumatismi, osteoporosi, problemi articolari e/o trapianti d'organo?Ha delle articolazioni artificiali (anche, ginocchia)?  S  N

Sta assumendo regolarmente farmaci? Se sì, quali? \_\_\_\_\_  S  N

È soddisfatto/a delle condizioni e dell'aspetto dei suoi denti? Se no, cosa la disturba? \_\_\_\_\_  S  N

Ha mai avuto problemi con precedenti cure odontoiatriche? Se sì, quali? \_\_\_\_\_  S  N

Ha mai avuto un grave incidente alla mascella e/o al viso?  S  N

È mai stato/a operato/a o irradiato/a nella zona della bocca e/o delle labbra?  S  N

Fuma? Quanto? \_\_\_\_\_  S  N

Beve alcolici regolarmente?  S  N

Fa uso di droghe? Se sì, quali? \_\_\_\_\_  S  N

Soffre di epilessia?  S  N

Ha altre malattie gravi?  S  N

Sta prendendo la „pillola“ (contraccettivo orale)?  S  N

È attualmente incinta? In quale settimana? \_\_\_\_\_  S  N

La preghiamo di informarci con almeno 24 ore di anticipo su eventuali spostamenti 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.swiss-smile.com](http://www.swiss-smile.com), che si applicano al nostro rapporto contrattuale.

I dati personali richiesti nel presente questionario anamnestico e quelli raccolti durante le cure mediche (anamnesi, dati sanitari, radiografie e altre immagini, fotografie, opzioni di trattamento, trattamenti effettuati, informazioni mediche, ecc. sono utilizzati per cure mediche, fatturazione, valutazione del credito e raccolta dati. Inoltre, questi dati possono essere utilizzati per inviarle pubblicità per i nostri servizi e le nostre offerte, a meno che non siano contrassegnati come indesiderati. Questi dati personali vengono salvati e conservati in un sistema di gestione dei pazienti secondo le disposizioni della legge cantonale sulla salute per la durata del periodo legale.

Se necessario per il trattamento medico, informazioni e documenti su precedenti cure mediche (odontoiatriche) possono essere richiesti al suo precedente medico (odontoiatra). A questo proposito, sia lei che il dentista che viene consultato ci liberate dall'obbligo del segreto medico.

Responsabile in relazione ai dati raccolti è Praxisgemeinschaft Wolfbach AG, Wolfbachstrasse 1, 8032 Zürich. Responsabile in relazione ai dati raccolti è Praxisgemeinschaft Wolfbach AG. possono controllare ed elaborare questi dati per gli scopi sopra menzionati. Praxisgemeinschaft Wolfbach AG fa parte del gruppo swiss smile e i dati personali sono gestiti centralmente da swiss smile Holding AG, Bahnhofstrasse 110, 8001 Zürich.

Inoltre, i dati possono essere comunicati ai seguenti soggetti terzi e lei ci esonera a tale riguardo dall'obbligo del segreto medico:

- a laboratori odontotecnici e ad altri laboratori, se necessario per il trattamento medico;
- ad altre società del Gruppo swiss smile e/o a società di servizi esterni che ci assistono in relazione alla fatturazione, alla valutazione del credito e all'incasso in Svizzera e all'estero; i suoi dati personali e i dati sulla sua solvibilità saranno trasmessi anche a società di servizi specializzati per la valutazione del credito e la gestione delle relative banche dati; la nostra valutazione del credito si basa su processi automatici e ha un impatto sulle modalità di pagamento disponibili;
- ad altre società e cliniche del Gruppo swiss smile e al personale odontoiatrico e amministrativo necessario per le cure odontoiatriche, in particolare in un'altra sede del Gruppo swiss smile;
- a compagnie di assicurazione sanitaria, sugli infortuni e ad altre compagnie di assicurazione, nonché ad autorità o istituzioni governative, ove ciò dovesse essere necessario per le cure mediche o la fatturazione;
- a fornitori esterni di servizi IT a supporto del nostro software e hardware.

Se i dati personali sono comunicati a terzi, saranno comunicati solo i dati necessari per il raggiungimento delle rispettive finalità.

Ha il diritto di ricevere informazioni sui suoi dati personali memorizzati ed elaborati, nonché di richiederne la correzione e, ove previsto per legge, la cancellazione. In caso di domande sulla protezione dei dati personali, può rivolgersi a [datenschutz@swiss-smile.com](mailto:datenschutz@swiss-smile.com).

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

Luogo / data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_