

**Dati anagrafici e di salute generale**

Le Sue informazioni saranno trattate come strettamente riservate.

Cognome: Sesso:                      femminile                      maschile

Nome:                                      Nationalità:

Data di nascita (GG.MM.AA):                      Lingua:

Via/N°:                                      Permesso di soggiorno:                      B                      C                      N                      F

CAP/Città:                                      Altro:

Telefono privato:                                      Professione:

Telefono aziendale:                                      Assicurazione sanitaria:

Mobile:                                      AVS/AI N°:

E-Mail:

---

**Medico di famiglia** (Cognome, indirizzo, nr. di telefono):

---

**Dentista** (Cognome, indirizzo, nr. di telefono):

---

Rappresentante legale / contatto di una persona in caso di emergenza:

Cognome/nome:                                      Data di nascita (GG.MM.AA):

Telefono:                                      Indirizzo:

---

Metodo di pagamento:

Privato

Assicurazione cassa malattia

Servizi supplementari AVS/AI

Assicurazione per infortunio, invalidità, servizio militare

Assistenza sociale/Diritto di asilo

Altro:

---

Quale è il motivo principale della sua visita?

Come è venuto a conoscenza della nostra realtà?

Invitato da:

Altro:

Precedente trattamento odontoiatrico presso zmk bern (cognome/clinica/anno): :

La risposta veritiera alle seguenti domande è un prerequisito per la corretta diagnosi e la migliore possibile risposta al trattamento. Nel caso qualcosa non sia chiaro, chieda al medico di riferimento o al suo medico di famiglia.

La preghiamo di informarci di eventuali cambiamenti nel vostro stato di salute il prima possibile.

1. E' stato ultimamente in trattamento medico? Se sí, specificare il motivo e presso quale medico:	Sí	No	
2. Assume regolarmente farmaci? Se sí, elencare i farmaci e i dosaggi:	Sí	No	
3. E' in possesso di una tessera anticoagulante, di allergie o di un' altra tessera medica? (Profilassi per endocardite, Trapianto, Farmaci sostitutivi della coagulazione) Se sí, quali:	Sí	No	
4. E' affetto da allergie? Se sí, quali:	Sí	No	
5. E' mai stato ospedalizzato? Se sí, per quali motivi:	Sí	No	
6. Porta un Pacemaker? Anno di installazione:	Sí	No	
7. Ha delle protesi articolari? Dove:	Sí	No	
8. Porta un apparecchio acustico (rimovibile o fisso)?	Sí	No	
9. Ha mai avuto complicazioni di carattere medico in seguito a trattamento odontoiatrico? (ad. Es. Svenimento, reazioni all' anestesia, a farmaci o a materiali)	Sí	No	
10. Ha paura del trattamento odontoiatrico?	Sí	No	
11. Ha mai avuto un incidente dentale/mascellare/facciale, un intervento chirurgico o una trattamento radioterapico al distretto facciale? Se si, specificare:	Sí	No	
12. Soffre o è ha sofferto di una o più delle seguenti patologie: Malattie cardiovascolari Malattie cardiache / Infarto cardiaco Ictus / Infarto cerebrale Glaucoma Malattie reumatiche Epilessia Embolia / Trombosi Cancro Malattie psichiche	Iperensione Malattie respiratorie, polmonari o asma Malattie epatiche / renali Diabete Malattie della Tiroide Problemi di stomaco / intestinali, vomito frequente Osteoporosi Dolore cronico Osservazioni:		
13. E' o è stato affetto da una delle seguenti infezioni?: Tubercolosi Malattie sessualmente trasmissibili HIV / AIDS Epatite	A	B	C
14. 14. Soffre o ha sofferto da una o più patologie fino ad ora non menzionate? Se si, specificare:	Sí	No	
15. Fuma? Se si, quanto: Da quanti anni?	Ha smesso da:	Sí	No
16. Fa uso regolare di altre forma di tabacco (ad. Es., Snus o tabacco da sniffare)? Si oui, quelle quantità giornaliere:	Sí	No	
17. Beve regolarmente alcool? Se si, che cosa e quanto:	Sí	No	
18. Fa utilizzo di altre sostanze (ad es. Droghe)? Se si, che cosa e quanto:	Sí	No	
19. Per le pazienti: è attualmente in stato di gravidanza? Se si, in quale mese della gestazione: Cognome ed indirizzo del ginecologo:	Sí	No	

### Dichiarazione di consenso, riservatezza medica, protezione dei dati e legge applicabile:

Confermo la completezza e correttezza delle informazioni. Riconosco che il responsabile foro competente è Berna e che si applica il diritto svizzero.

Acconsento che le persone curanti presso la zmk bern utilizzino i miei dati (i.e. per richiedere informazioni mediche specialistiche alle persone coinvolte, discuterne nel mio interesse e inoltrarle anche a terzi autorizzati (ad es. esami di laboratorio esterno, medici inviati, ottenere approvazioni dei costi da compagnie assicurative o autorità).

Autorizzo a trasmettere i dati richiesti all'ufficio di fatturazione sia all'istituto di fatturazione (ad es. compagnia di assicurazioni mediche) che all'istituto incaricato dell'eventuale incasso o all'avvocato coinvolto, nonché alle autorità statali competenti. In questo caso, i terzi ricevono solo dati che non consentono di trarre conclusioni sul trattamento medico.

Luogo, Data:

Firma:

(in caso di minore età il rappresentante legale)

## Informazioni sull'utilizzo di dati sanitari personali e di campioni di materiale biologico a scopo di ricerca

Gentile paziente,

Le nostre capacità di diagnosticare e trattare le malattie sono progredite significativamente negli ultimi decenni. Questi progressi sono il risultato di lunghe ricerche in campo medico cui hanno partecipato molte generazioni di medici, ricercatori e pazienti. Una parte importante di queste ricerche si basa sui dati sanitari personali dei pazienti contenuti nella cartella clinica, quali risultati di esami di laboratorio, terapie effettuate o predisposizioni genetiche.

Pure molto importante per la ricerca è tutto il materiale biologico raccolto in Ospedale e non più necessario per il trattamento. Questo materiale residuo può essere, per esempio, sangue, saliva, campioni di tessuto, immagini a raggi X o modelli.

Questo foglio informativo le spiega come i pazienti possono contribuire al progresso della medicina e fornisce informazioni sulla protezione dei dati e i suoi diritti a riguardo.

Grazie per l'interesse e l'attenzione.

### Come può contribuire alla ricerca?

Firmando la dichiarazione di consenso allegata con un sì, lei mette a disposizione della ricerca i suoi dati sanitari personali e i campioni residui di materiale biologico. Con il termine di dati sanitari personali e campioni di materiale biologico si fa riferimento a quelli che già sono stati o verranno raccolti in ospedale.

Il suo consenso è volontario. Il consenso resta valido a tempo indeterminato o fino a sua revoca. Lei ha il diritto di revocare il consenso in ogni momento e senza dover giustificare la sua decisione. Dopo la revoca del consenso, i dati sanitari personali e i 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 personali e i campioni di materiale biologico?

I dati sanitari personali sono conservati in Ospedale e protetti in accordo con le disposizioni legali vigenti. Soltanto i dipendenti autorizzati dell'Ospedale, come ad esempio i medici, possono accedere ai suoi dati sanitari non codificati e ai campioni biologici. I campioni di materiale biologico sono conservati in biobanche, che contengono raccolte di campioni di materiale biologico organizzate secondo le norme di sicurezza (regolamento della biobanca).

Per essere utilizzati per progetti di ricerca, i suoi dati sanitari personali e i campioni di materiale biologico devono essere codificati o anonimizzati. Codificati significa che tutte le informazioni personali, come il nome o la data di nascita, vengono sostituiti da un codice. La chiave che collega il codice al nome è conservata da una persona che non partecipa al progetto di ricerca. Le persone che non hanno il codice non possono identificarla. In caso di anonimizzazione, il legame fra i campioni di materiale biologico e/o i dati sanitari personali associati e la vostra persona è cancellato in modo irreversibile e lei non può più essere identificata.

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

I dati sanitari personali e i campioni di materiale biologico possono essere utilizzati da ricercatori autorizzati per progetti di ricerca condotti in Ospedale o in collaborazione con altri istituti pubblici (come ad esempio altri Ospedali), o strutture private (come ad esempio case farmaceutiche), in Svizzera e all'estero. In caso di progetti di ricerca all'estero, è necessario assicurare che vengano applicate le stesse norme di protezione dei dati applicate in Svizzera. I progetti possono anche includere analisi genetiche a scopo di ricerca. I progetti di ricerca che utilizzano i suoi dati sanitari personali e i campioni di materiale biologico devono essere approvati dal Comitato Etico di referenza.

**Verrà informato dei risultati della ricerca?**

Le ricerche condotte sui suoi dati personali e sui campioni di materiale biologico, in generale, non forniscono ai partecipanti informazioni individuali sulla salute. In rari casi i risultati della ricerca potrebbero essere rilevanti o avere un impatto sul suo stato di salute o richiedere un intervento clinico. In questi casi lei potrebbe venire informato dei risultati.

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

Non ci saranno per lei costi aggiuntivi. La legge proibisce un uso commerciale dei dati e dei campioni. Non ci sarà quindi nessun vantaggio economico per lei o per l'Ospedale.

**Se lei ha altre domande o desidera ulteriori informazioni, può contattarci all'indirizzo sottostante o andare sul nostro sito.**

**zmk bern**

Freiburgstrasse 7

3010 Bern

Telefono +41 31 684 06 00

[www.zmk.unibe.ch](http://www.zmk.unibe.ch)

Etichetta paziente

**u<sup>b</sup>**

**zmk bern**

Zahnmedizinische Kliniken  
der Universität Bern

**UNIVERSITÄT  
BERN**

Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern | Freiburgstrasse 7 | 3010 Bern | [www.zmk.unibe.ch](http://www.zmk.unibe.ch)

## Dichiarazione di consenso per l'uso di dati sanitari personali e campioni di materiale biologico a scopo di ricerca

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Con la presente acconsento a

che i miei dati sanitari personali e i campioni di materiale biologico raccolti durante le prestazioni ambulatoriali o la mia ospedalizzazione possano essere utilizzati per progetti di ricerca

**Si**                      **No**

Confermo di aver compreso

- le spiegazioni che mi sono state date nel foglio informativo allegato sull'uso dei miei dati sanitari personali e campioni di materiale biologico (Gennaio 2023)
- che i miei dati personali sono protetti
- che i miei dati sanitari personali e i campioni di materiale biologico potranno essere usati in progetti di ricerca nazionali ed internazionali in strutture pubbliche e private
- che i progetti potrebbero includere analisi genetiche su campioni di materiale biologico a scopo di ricerca
- che potrei essere ricontattato/a in caso di risultati rilevanti per la mia salute
- che la mia decisione è volontaria e non ha alcuna influenza sul mio trattamento
- che la mia decisione vale a tempo indeterminato
- che posso revocare il mio consenso in qualunque momento e senza dover giustificare la mia decisione

Luogo, data

Firma del/della paziente, se competente

Luogo, data

Firma del rappresentante legale, se richiesto (Cognome, Nome e relazione con il/la paziente)

Se lo desidera, riceverà una copia di questa pagina con la firma. In caso di ulteriori domande può contattare il suo medico o contattarci al seguente recapito:

**zmk bern, Freiburgstrasse 7, 3010 Bern, Telefono +41 31 684 06 00, [www.zmk.unibe.ch](http://www.zmk.unibe.ch)**