

Milano Chiropratica Studio Mazzini srl
Via San Michele del Carso, 22
20144 Milano (MI)
Partita iva: 12547050968
Tel +39 02 89.40.49.90 - milanochiropraticastudiomazzini@ergopec.it

DATA _____

Consenso al trattamento dei dati ed informativa ai sensi del Codice sulla Privacy (D.Leg.vo 196/03) e informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento UE (2016/79) sul trattamento dei dati personali

COGNOME _____ NOME _____

VIA _____ CAP _____ CITTA' _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____ ETA' _____

SESSO M F CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE _____

Chi le ha consigliato una visita chiropratica presso il nostro Studio? _____

I GENTILI PAZIENTI SONO PREGATI DI AVVISARE ENTRO LE 24 ORE LAVORATIVE PRECEDENTI IN CASO NON POTESSERO RISPETTARE GLI APPUNTAMENTI, ALTRIMENTI, NOSTRO MALGRADO, IL COSTO DELLA VISITA SARA' ADDEBITATO.

Cosa si aspetta dalla cura chiropratica?

- Benessere** - *"Voglio vivere al massimo potenziale della mia salute."*
- Prevenzione** - *"Voglio evitare problemi di salute."*
- Mantenimento** - *"Voglio mantenere il mio attuale stato di salute."*
- Correzione** - *"Voglio riabilitare i nervi, i muscoli e i legamenti della mia colonna vertebrale."*
- Sollievo** - *"Voglio sentirmi meglio in poco tempo spendendo meno soldi possibile"*

Descriva i suoi disturbi:

Che terapie ha eseguito per questi disturbi?

Sta prendendo medicinali? SI NO - **Per quali motivi?** _____

Stress Fisico/ Emotivo/ Chimico ...

Di seguito sono indicate possibili cause del dis-allineamento delle vertebre (Sublussazione); quali di queste si sono verificate in passato o sono tuttora presenti nella sua vita?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma del parto | <input type="checkbox"/> Cattiva alimentazione |
| <input type="checkbox"/> Traumi sportivi | <input type="checkbox"/> Caffaina |
| <input type="checkbox"/> Sollevo pesi | <input type="checkbox"/> Fumo |
| <input type="checkbox"/> Cattiva postura | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Dormo a pancia in giù | <input type="checkbox"/> Stress per relazioni interpersonali |
| <input type="checkbox"/> Sto molte ore: in piedi/ seduto | <input type="checkbox"/> Stress per lavoro |
| <input type="checkbox"/> Lavoro molte ore al computer | <input type="checkbox"/> Stress per figli |
| <input type="checkbox"/> Incidenti sul lavoro | <input type="checkbox"/> Depressione / Nervosismo |
| <input type="checkbox"/> Guido per molte ore | <input type="checkbox"/> Abuso di medicinali |
| <input type="checkbox"/> Incidenti automobilistici | <input type="checkbox"/> Interventi chirurgici |
| <input type="checkbox"/> Cadute/Scivolo | |

Scriva le tre zone principali dove percepisce lo stress nel suo corpo (es: spalle, stomaco, intestino) _____

Con la presente autorizzazione i dati anagrafici ed il contenuto della cartella clinica potranno essere divulgati come previsto dalla legge sulla Privacy (D.L.gs. 196/03 18/6/03).

I dati saranno utilizzati esclusivamente all'interno dello Studio.

Informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento UE (2016/79) sul trattamento dei dati personali

La informo che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE (2016/79) sul trattamento dei dati personali Le rendo note le seguenti informazioni:

- 1) il Titolare del trattamento è Milano Chiropratica Studio Mazzini srl via S. Michele del Carso, 22- 20144 Milano, 0289404990, segreteria@studiomazzini.net
- 2) Il responsabile della protezione dei dati è Manuel Mazzini, legale rappresentante di Milano Chiropratica Studio Mazzini srl Center via S. Michele del Carso, 22 20144 Milano, 0289404990, segreteria@studiomazzini.net
- 3) I dati personali e riguardanti le informazioni sullo stato di salute che ci verranno forniti saranno trattati per l'esecuzione della prestazione richiesta quale chiropratico a tutela della salute e del benessere dell'interessato.
- 4) Il trattamento è basato sul consenso da Lei manifestato ed è necessario per l'esecuzione della prestazione richiesta, che, in mancanza, non potrebbe essere eseguita;
- 5) I dati personali e quelli relativi allo stato di salute sono stati forniti da Lei stesso o sono stati acquisiti attraverso cartelle cliniche, referti specialistici, esami clinici o radiologici e simili, ma sempre con il suo consenso;
- 6) I dati non verranno comunicati a terzi se non nei casi previsti dalla legge e dal regolamento europeo;
- 7) Potranno essere comunicate informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo in caso di sua espressa indicazione;
- 8) Il trattamento è effettuato con modalità cartacea e/o attraverso l'uso di computer, in entrambi i casi vengono adottate misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista, il fiscalista) e le strutture che possono conoscerli in connessione con la prestazione effettuata;
- 9) In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo;
- 10) La conservazione avrà durata sino a dieci anni dopo la cessazione del rapporto professionale;
- 11) I suoi diritti in relazione ai dati forniti sono, ai sensi degli artt. 15/22 Regolamento UE: diritto di accesso ai dati forniti, diritto di rettifica o cancellazione, diritto di limitazione del trattamento che la riguarda, diritto di opporsi al trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo;
- 12) Il consenso al trattamento dei dati può essere revocato in qualsiasi momento senza pregiudizio di quanto avvenuto prima della revoca.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in via _____
comune _____ cap _____

dichiara di essere stato informato su:

- 1) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con la prestazione chiropratica richiesta;
- 2) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
- 3) il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione, di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali, diritto di limitazione del trattamento, diritto di opporsi al trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo;
- 4) il nome del Titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- 5) la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni chiropratiche adeguate.

Luogo e Data _____

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di poter essere sottoposto alla prestazione chiropratica.

Firma dell'interessato _____

DESIDERO ricevere informazioni periodiche VIA EMAIL su come migliorare lo stile di vita e lo stato di salute

Firma leggibile _____

PER MINORENNI

IL/La sottoscritto/a _____, quale esercente la potestà genitoriale sul minore suddetto, presta il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento di quanto espresso nell'informativa. Firma

leggibile _____ Data _____