

Dott. Michele Viana

Specialista in Neurologia
Dottore di Ricerca in Neuroscienze
www.micheleviana.com

Con questo breve questionario il paziente potrà iniziare a raccogliere alcune informazioni relative alla propria salute che verranno richieste dal medico durante la visita.

ATTENZIONE! Oltre a questo foglio, **portare alla visita tutta la documentazione medica** in possesso (referti di esami, visite mediche, lettere di dimissione, ...) **relativa al problema attuale e alle altre patologie di cui il paziente è affetto (o è stato affetto in passato).**

Quali sono i disturbi che la portano ad eseguire la visita neurologica?

Mal di testa? Se sì compilare anche → **QUESTIONARIO per il paziente prima della visita per CEFALEA**

Chi l'ha inviata a questa visita? (Medico di base, altro specialista, ...) _____

Che TERAPIA assume quotidianamente? (scriva TUTTI i **FARMACI e INTEGRATORI**, per qualsiasi patologia)

Farmaco	Dose	Patologia/Motivo di assunzione	Quando lo ha iniziato? (anno/mese)

Ha mai avuto **REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI**? Si - No

Se sì a Quali? _____

Oltre al motivo della visita, ha o ha avuto in passato **altri problemi medici**? Scriva quali.

Dott. Michele Viana

Specialista in Neurologia
Dottore di Ricerca in Neuroscienze
www.micheleviana.com

Quali visite o esami ha effettuato per i disturbi che la portano a questa visita?

Specificare tipo di visita o Esame	Anno di esecuzione (indichi il più recente)

Quali farmaci o INTEGRATORI ha provato per i disturbi che la portano a questa visita?

Farmaco o integratore	Dose massima raggiunta al giorno	Anno in cui è stato assunto	Per quanto tempo lo ha assunto	Sospeso per effetti collaterali? (specificare quali)	Sospeso per inefficacia?

Quali altre terapie (diversi da farmaci o integratori) ha provato per i disturbi che la portano a questa visita?

Trattamento	Anno in cui è stato eseguito	Durata trattamento	Miglioramento clinico?

Dott. Michele Viana

Specialista in Neurologia
Dottore di Ricerca in Neuroscienze
www.micheleviana.com

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente in Via _____ CAP _____ Comune _____

dichiaro di essere stato debitamente informato/a dal Titolare del trattamento dei miei dati personali e in merito ai diritti, come dettagliato nell'informativa a me resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. 2016/697 (vedi retro)

in particolare dichiaro di essere stato informato su:

1 le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;

2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;

3 il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;

4 il nome del medico che sarà 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 mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura al Dr Michele Viana (C.F. VNIMHL80L25F952A).

Esprimo altresì il mio impegno a comunicarvi tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni, integrazioni, limitazioni e/o cancellazioni dei dati in vostro possesso, secondo quanto previsto dagli art. 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23 del Reg. 2016/679

Data _____ Firma dell'interessato _____

Dott. Michele Viana

Specialista in Neurologia
Dottore di Ricerca in Neuroscienze
www.micheleviana.com

Informativa trattamento dei dati personali (ex artt. 13 e 14 Reg.to UE).

Gentili Pazienti, ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, Vi informo che i dati personali da Voi forniti ed acquisiti da questo ambulatorio medico (Studio Dott. Viana) saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento e dei diritti e degli obblighi conseguenti.

Finalità del trattamento – Il trattamento è finalizzato unicamente al corretto svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Modalità del trattamento dei dati personali – Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione di tali dati.

Il trattamento dei dati personali è svolto dal titolare e dagli incaricati in tipologie di incarico espressamente autorizzati dal titolare per normative di Privacy.

Gli addetti non sanitari (come il commercialista/tributarista) sono incaricati al trattamento dei dati personali comuni. Tali addetti limitano l'accesso solo ai dati necessari per svolgere il proprio lavoro, per cui potrà sicuramente accedere per lettura e per scrittura ai dati personali comuni dei pazienti come ad esempio l'indirizzo e il numero di telefono e non ha titolo per accedere ai dati sanitari né ad altri dati sensibili dei pazienti.

Conferimento dei dati e rifiuto – Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili, genetici, relativi alla salute è necessario ai fini dello svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Il rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività.

Comunicazione dei dati – I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Essi possono venire a conoscenza esclusivamente per le finalità del trattamento. I dati sensibili, genetici e quelli relativi alla salute saranno conosciuti solo ed esclusivamente da parte di personale sanitario della struttura. Si potranno fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra espressa e specifica indicazione.

Conservazione dei dati – I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario all'attività medica e, in ogni caso, non superiore a dieci anni. Anche in caso di uso di computer, sono adottate misure di protezione idonee a garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei collaboratori dello Studio medico, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli a seguito dell'attività medica espletata dallo scrivente Studio medico.

Titolare del trattamento – Il titolare del trattamento è il DOTT. MICHELE VIANA (c.f. VNIMHL80L25F952A), con studi medici in Via Canobio 10 Novara e Via Negri 4 Oleggio (NO).

Diritti dell'interessato – L'interessato ha diritto: - di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati Personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; - di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti; - di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; - di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali. L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC o raccomandata.

DOTT. MICHELE VIANA

C.F. VNIMHL80L25F952A

Via Canobio 10 Novara PEC: michele.viana.asth@no.omceo.it