

CONSENSO ALL'ACQUISIZIONE E ALL'UTILIZZO DI FOTOGRAFIE E VIDEO

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Il presente modulo regola l'acquisizione di immagini e riprese video del/della paziente nell'ambito dell'attività dello studio, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Codice Deontologico FNOMCeO.

Dati del paziente

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Informazioni sull'acquisizione delle immagini

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a che:

- lo studio può acquisire fotografie e/o video (anche con strumentazione radiografica e intraorale) relativi al/alla paziente, per finalità cliniche quali documentazione, diagnosi, pianificazione e monitoraggio del trattamento;
- tali immagini, se utilizzate per finalità diverse da quelle strettamente cliniche (ad esempio finalità didattiche, di aggiornamento professionale o di comunicazione informativa, anche sui canali social e sul sito dello studio), richiedono un consenso specifico e separato, espresso liberamente dal/dalla paziente;
- in caso di utilizzo per finalità didattiche, divulgative o di comunicazione, le immagini saranno trattate in forma anonima ove possibile (ad esempio escludendo il volto o altri elementi identificativi), salvo diversa ed esplicita autorizzazione del/della paziente;
- il/la paziente può revocare in qualsiasi momento il consenso prestato per le finalità diverse da quelle cliniche, scrivendo allo studio; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento già effettuato sulla base del consenso prestato prima della revoca;
- le immagini acquisite per finalità cliniche sono conservate secondo i tempi e le modalità previste dalla normativa sulla documentazione sanitaria, con le misure di sicurezza adeguate a tutelarne la riservatezza.

Espressione del consenso

1. Acquisizione di immagini per finalità cliniche (documentazione, diagnosi, monitoraggio del trattamento)

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

(Si segnala che, in alcuni casi, l'acquisizione di immagini cliniche può essere parte integrante della corretta esecuzione del trattamento.)

2. Utilizzo di immagini, in forma anonima, per finalità didattiche o di aggiornamento professionale

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

3. Utilizzo di immagini per finalità di comunicazione informativa dello studio (es. sito internet, pagine social)

- Acconsento, anche con volto riconoscibile
 - Acconsento, solo in forma anonima (senza elementi che mi rendano riconoscibile)
 - Non acconsento
-

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- aver ricevuto tutte le informazioni sopra indicate in modo comprensibile e di aver potuto porre domande, ricevendo risposte esaurienti;
 - essere consapevole che il consenso relativo ai punti 2 e 3 è facoltativo e non condiziona in alcun modo l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche;
 - esprimere liberamente le proprie scelte come indicato nelle caselle sopra riportate.
-

Firme

Luogo e data: _____

Firma del paziente (o di chi esercita la responsabilità genitoriale): _____

Firma del/della professionista: _____

Per emergenze: 347 636 6349