

Anamnesi confermata dal medico _____ DATA _____

IL PUNTO MEDICO SPORTIVO S.R.L

Tel. 035-302799 Cell. 347/26.82.232 Fax 035-4236166

info@ilpuntomedicosportivo.it

-FOGLIO ANAMNESTICO-

COGNOME E NOME GENITORE _____
COGNOME E NOME ATLETA _____
DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENZA VIA _____ PAESE _____
N° DI TELEFONO E CELL. _____ E-MAIL _____

PORRE ATTENZIONE ALLE DOMANDE

ANAMNESI FAMILIARE:

Indicare i casi di familiari (genitori , fratelli , sorelle) che sono stati, sono affetti dalle seguenti malattie o deceduti a causa delle stesse:

	Diabete	Ipertensione	Malattie cuore	Morte improvvisa sotto i 40 anni
Padre				
Madre				
Fratelli				

ANAMNESI PERSONALE: (barrare risposta corretta , **esempio: se fumi sigarette barri il SI**)

- Beve caffè? NO SI con che frequenza? _____
- Fuma sigarette ? NO SI quante nella giornata? _____
- Assume farmaci ? NO SI quali e per quale motivo? _____
- Nato a termine ? _____ SI NO
- Porta occhiali da vista e/o lenti a contatto? NO SI
- E' in cura per problemi ortopedici? NO SI
Quali? _____
- Ha mai avuto perdite di coscienza, svenimenti? NO SI
- Ha sofferto / soffre di malattie importanti
(es. broncopolmonite , epatite , meningite , asma , epilessia , altro) ? NO SI
Quali e quando? _____
- Ha subito fratture , traumi cranici o interventi chirurgici ? NO SI
Quali e quando? _____
- Ha mai eseguito esami come quelli sotto indicati (negli ultimi 5 anni)? Se si quando?
Elettrocardiogramma e/o cubo _____ Ecografia del cuore _____
Test da sforzo sulla bicicletta _____ Holter pressorio _____ Holter cardiaco _____
- Sono stati riscontrati soffi cardiaci o altri segni clinici cardiologici ? NO SI
Quali e quando? _____
- Ha eseguito esami ematici (del sangue) negli ultimi dodici mesi? NO SI
- In che anno ha eseguito l'ultima visita medico sportiva? _____
- E' sempre stato idoneo alla pratica sportiva ? NO SI
- Solo per le donne : A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni ? _____
E quando le ultime ? _____

SI RAMMENTA INOLTRE COME BEN SPECIFICATO NEGLI AVVISI ESPOSTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA, CHE IL PUNTO MEDICO SPORTIVO NON RISPONDE DEGLI OGGETTI LASCIATI INCUSTODITI.

COMPILARE ANCHE DIETRO



Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non: essere mai stato dichiarato non idoneo, di avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Firma dell'interessato/a o se minorenni del genitore.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D. LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - Quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - Quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18. 02. 1982 e 04. 03. 1993;
 - Quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati sulle "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art. 31 e seguenti del D. L. gs 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
 - Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - In chiaro, alla ATS competente per territorio;
 - In forma anonima, alla U. O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell' art. 7 del D. L. gs., i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport Il Punto Medico Sportivo s.r.l. in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del Trattamento è il Sig. Sergio Gusmano, Responsabile del Centro.

Consenso ai sensi dell' art. 23 D.L.gs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- L'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- La comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

Firma dell'interessato/a o se minorenni del genitore.....