

Questionario anamnestico (malattie e infortuni del paziente)

Si prega di compilare il presente questionario con la massima attenzione per la validità medico legale dello stesso, da parte del paziente o del tutore (esclusivamente del genitore) se minore.

Nome e cognome: _____

1. Sport: _____ Ore di sport alla settimana: _____

2. Nei familiari prossimi (genitori, fratelli, nonni, zii) ci sono stati casi di malattie cardiache, ipertensione, diabete, aritmie, casi di **morte improvvisa?**

NO SI Quali? _____

3. Per le femmine: età menarca: _____ data ultimo ciclo: _____

4. Assume farmaci in modo continuativo (tutti i giorni)?

NO SI Quali: _____

5. È stato ricoverato, operato o curato per malattie importanti (es malattie cardiache, ipertensione, diabete, asma)?

NO SI Quali? _____

6. Soffre o ha sofferto di problematiche ortopediche?

NO SI Quali? _____

7. Soffre di allergie?

NO SI Quali? _____

8. Ha mai avuto malori durante attività fisica (es svenimenti, dolori al torace, difficoltà respiratorie)?

NO SI Quali? _____

9. Nel corso delle precedenti visite sportive le sono mai stati richiesti accertamenti strumentali o le è stata mai negata l'idoneità sportiva?

NO SI Quali? _____

Dichiarazione

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**, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di 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 del dichiarante (o del tutore se minore)

PROSEGUE SUL RETRO



Da compilare esclusivamente a cura dei pazienti AGONISTI:

Società sportiva di appartenenza: _____

Sport praticato: _____

Anno ultima visita sportiva agonistica: _____

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 su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt. 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 ASL competente per territorio;
 - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione delle 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 Salus s.r.l., quale titolare del Centro di medicina dello sport e che il Responsabile del trattamento è il dr. Claudia Fin, Direttore Sanitario del centro,
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale D'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

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.

Nome e Cognome _____

Cod. fisc. _____

Nato/a _____

il _____

Data _____

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore
