

ANAMNESI

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____ A _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

MAIL _____ TELEFONO _____

DOMANDE RIFERITE AI **FAMILIARI** (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

Diabete	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Ipertensione arteriosa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Infarto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Cardiopatia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Morti improvvise	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>			

DOMANDE RIFERITE ALL' **ATLETA** DA VISITARE

QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO: nessuna meno di 5 Da 5 a 10 più di 10

BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI: si no occasionalmente

SEI ATTUALMENTE O SEI STATO IN CURA CON DEI FARMACI: si no

Se SI quali quando e perché? _____

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME :

Diabete	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche – epilessia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Malattie cardiache – Aritmie	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Sincopi o svenimenti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Asma	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Interventi chirurgici subiti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Infortuni rilevanti o fratture	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altro _____					

DICHIARI:

- di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid- 19; si no
- di aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea > di 37,5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia; si no
- di aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus; si no

PORTI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO quando fai sport? si no

data ultima mestruazione : _____

DICHIARAZIONE: tale dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso abbia meno di 18 anni, da un genitore.

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool (dichiarazione ai sensi del D.M. 18.2.92).

DATA _____ FIRMA _____

LEGGE N° 679/2016

(Tutela delle persone e d'altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa a me resa, ed in particolare dei diritti a me riconosciuti dagli articoli dal 15 al 22 DGPR 679/2016, acconsento:

- al trattamento, comunicazione e diffusione dei miei dati personali, da parte del CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT SEBINO nella persona di Sorlini Emilia legale rappresentante, per le finalità e con le modalità indicate dall'informativa e comunque nello svolgimento della propria attività;
- alla comunicazione, alla diffusione ed al trattamento dei miei dati personali anche da parte di persone fisiche o giuridiche che Vi forniscono specifici servizi elaborativi o che svolgano attività strumentali, funzionali o di sviluppo a delle del VS. Centro;
- al trattamento dei miei dati personali tramite l'utilizzo di strumenti automatici idonei a collegare i dati stessi anche a dati d'altri soggetti, in base a criteri qualitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta

DATA _____ FIRMA _____