

Modulo di anamnesi

NOME		COGNOME	
INDIRIZZO	VIA		
CAP	CITTA'		
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	SESSO	M F
tel. abitazione	tel. Cellulare	indirizzo e-mail	
È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri? NO SI	È mai risultato NON idoneo ?	NO SI
Perché?	SPORT PRATICATO	adottato/in affido	NO SI
È mai risultato SOSPESO ? NO SI	Perché?	se si a che età?	

1) Informazioni sanitarie sulla famiglia: genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle che sono stati affetti o sono affetti dalle seguenti malattie:

Malattie cuore	NO SI	Pressione alta	NO SI	Ictus	NO SI	Altro	NO SI
Chi?		Chi?		Chi?		Chi?	
Aritmie	NO SI	Colesterolo alto		Problemi renali	NO SI	Morti improvvise	NO SI
Chi?		Chi?		Chi?		Chi?	
Infarto	NO SI	Diabete	NO SI	Problemi Tiroide	NO SI		
Chi?		Chi?		Chi?			
Altro	NO SI						

2) Dati fisiologici riguardanti l' Atleta

Nato da parto normale	NO SI	gemellare	NO SI	complicato	NO SI	Età primo ciclo mestruale ?	Ultimo ciclo mestruale
cesareo	NO SI	premature	NO SI			anni?	data

3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta:

Fumo	NO SI	num/al di.....	Integratori	NO SI	Ore attività sportiva organizzata settimana	
Alcol	NO SI	quanto?	frutta/verdura	NO SI	Ore attività fisica libera settimana	

Tipo di lavoro svolto

4) Informazioni sanitarie riguardanti l' Atleta

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie?	NO SI	Malattie cuore	NO SI	App.Respiratorio	NO SI	Durante attività sportiva	
ha avuto		Soffio	NO SI	Tonsilliti	NO SI	Mancanza respiro	NO SI
Varicella	NO SI	Valvole	NO SI	Sinusiti	NO SI	Dolore petto	NO SI
Parotite	NO SI	Aritmie	NO SI	Bronchiti	NO SI	Palpitazioni	NO SI
Mononucleosi	NO SI	Miocardite	NO SI	Polmoniti	NO SI	Vertigini	NO SI
a che età ?		Altro		Asma da sforzo	NO SI	Alltro	
Altro				Asma allergico	NO SI		
Malattie intestino	NO SI	Malattie Rene	NO SI	Allergia	NO SI	Scoliosi	NO SI
Fegato	NO SI	Sangue nelle urine	NO SI	Allergia cutanea	NO SI	Dorso curvo	NO SI
Epatiti	NO SI	Proteine nelle urine	NO SI	Aller. respiratoria	NO SI	Piede piatto	NO SI
se si quali	A B C	Altro		Shock allergico	NO SI	Pieda cavo	NO SI
Salmonellosi	NO SI	Ha eseguito visita		Anemia	NO SI	altro	
M:Celiaco	NO SI	oculistica recente?	NO SI	Malattie Tiroide	NO SI	Problemi orecchio?	NO SI
Gastrite	NO SI	Problemi occhi	NO SI	Diabete	NO SI	Otiti	NO SI
Mal di testa	NO SI	Miopia	NO SI	Febbre reumatica	NO SI	Riduz. Udito	NO SI
Convulsioni	NO SI	Ipermetropia	NO SI	Artrite reumatoide	NO SI	Sordità	NO SI
Epilessia	NO SI	Astigmatismo	NO SI	Difficolta visione colori	NO SI	Altro	
Trauma cranico	NO SI	Strabismo	NO SI	colre verde	NO SI		
Altro				colore rosso	NO SI		
				colore blu	NO SI		

Ricoveri per interventi chirurgici	NO SI	Adenoidi	NO SI	Altri interventi	NO SI	quali ?	
		Tonsille	NO SI				
		Appendicite	NO SI				
		Ernia inguinale	NO SI				
Ha avuto traumi?	NO SI	Distorsioni		NO SI		cosa?	
		Fratture		NO SI		cosa?	
		Lesioni muscolari		NO SI		cosa?	
		Lesioni a legamenti e/o menischi		NO SI		cosa?	
Sta assumendo farmaci?	NO SI	quali e per quale motivo					
E' mai stato sottoposto a questi accertamenti e per quale motivo			NO SI	Ecografia cardiaca?			
				Holter cardiaco 24 ore?			
				Holter pressorio 24 ore?			
Spazio riservato ad altre comunicazioni o precisazioni sui precedenti							

Dichiarazione ex. D.M.18/02/82: va sottoscritta dal visitato o, nel caso di minorenne, da almeno un genitore .

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito i miei recapiti utili per permettere eventuali comunicazioni, nel rispetto della mia privacy.

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 o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci.

Do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'uso di alcol.

Firma dell'atleta

Acconsento

Se minore Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale _____

Informativa ex art.13 REGOLAMENTO UE n. 679/2016 per il trattamento dei dati personali

1) Per dati personali s'intendono , ai sensi della presente normativa: a) quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore; b) quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai DM 18/02/1982 e 04/03/1993; c) quelli da Lei spontaneamente forniti.

2) I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra elencati e dalla legge regionale 66/1981.

3) I dati verranno riportati su "Cartella di valutazione Medico Sportiva" e verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo modalità previste dal GDPR n. 679/2016

4) I dati verranno comunicati: a) senza diagnosi alla Società Sportiva ed alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento; b) in chiaro all'ATS competente per territorio; c) in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopracitate.

5) Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 13 par.2 del GDPR n.679/2016 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 "Medicalsport di Bani Laura s.a.s " in persona del proprio legale rappresentante.

7) Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato, non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi del Regolamento UE n.679/2016

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e con le modalità di cui sopra e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge. In particolare presto consenso esplicito al trattamento dei propri dati personali, anche quelli particolari di cui all'art.9 del predetto Regolamento.

SE L'ATLETA E' MINORENNE COMPILARE I DATI DEL GENITORE

NOME		COGNOME		NATO A		IL	
CODICE FISCALE							

DATA		Firma dell'atleta		Acconsento	
Se minore Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale _____					