NOME_____**COGNOME**_____

IN FAMIGLIA (GENITORI E NONNI) vi sono stati casi di**:**

DIABETE	SI	NO
CARDIOPATIE	SI	NO
ICTUS	SI	NO

IPERTENSIONE	SI	NO
DISTIROIDISMO (disfunzione della tiroide)	SI	NO

IN FAMIGLIA includendo cugini e zii vi sono stati casi di morte **improvvisa** prima dell'età di **50** anni? SI NO

L'ATLETA:

- A CHE ETA' HA AVUTO IL PRIMO CICLO? _____ DATA ULTIMA MESTRUAZIONE____/____/____
- FUMA SI NO
- BEVE ALCOLICI SI NO
- HA MAI AVUTO CRISI EPILETTICHE? SI NO
- E' MAI SVENUTO? SI NO
- HA MAI AVUTO PALPITAZIONI/ TACHICARDIA? SI NO
- ASSUME DEI FARMACI? SI NO
  SE Sì, QUALI? _____
- SOFFRE DI QUALCHE MALATTIA? (diabete, distiroidismo, cardiopatie, celiachia, allergie, patologie renali,….) SI NO
  SE Sì, QUALI? _____
- E' MAI STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTI CHIRURGICI? SI NO
  SE SI', QUALI? _____
- HA MAI AVUTO INFORTUNI? SI NO
  SE Sì, QUALI? _____
- NELLE PRECEDENTI VISITE SONO STATI RICHIESTI O CONSIGLIATI DEGLI ESAMI AGGIUNTIVI? (ecocardiogramma, test ergometrico massimale, holter, RMN…) SI NO
  SE Sì, QUALI? _____

DICHIARO DI AVER FORNITO TUTTE LE INFORMAZIONI E RICHIESTE CON COSCIENZA E CORRETTEZZA

Firma dell'atleta o di chi ne fa le veci

_____

Non tagliare

Non tagliare

BISAPIENS s.a.s. - Vicolo Villa,19 – 20091 Bresso (MI)
Tel.02/6143113 – 02/66500870 – Fax 02/66507819
www.medicalcenterbresso.it n- medicalcenterbresso@gmail.com

Il/la sottoscritto/a_____
nato a _____il _____/____/____
tipo documento_____n°_____
genitore o tutore esercitante la patria potestà
di_____
nato a _____il____/____/_____

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra _____
ad accompagnare il proprio figlio alla visita medico-sportiva ed a firmare in propria vece.

****

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolam.UE 679/16 per il trattamento dei dati personali

1) Per dati personale s' intendono :
   - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare dalle nostre prestazioni mediche
   - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai DM18/02/1982 e 04/03/1993
   - quelli spontanei da lei forniti
2) I dati saranno raccolti: in ottemperanza alla Legge Reg. 66/1981 e sopra richiamati decreti
3) I dati saranno trascritti: sulle Schede di Valutazione Medico Sportiva
4) I dati saranno comunicati:
   - senza diagnosi clinica alla Federazione Sportiva/Ente e alla Società Sportiva di riferimento
   - in chiaro, all' ATS di competenza
   - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale di Sanità

Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato per carenza di documentazione.

CONSENSO ai sensi dell'art.13 Regolamento UE 679/16
Firmando in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito e modalità di cui sopra e nei limiti di cui il mio consenso sia richiesto ai sensi di legge.

DATA_____ FIRMA _____

DA ALLEGARE: - ANAMNESI COMPILATA DA PARTE DEL GENITORE O TUTORE LEGALE DELL'ATLETA MINORENNE
- EVENTUALI REFERTI MEDICI
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL GENITORE