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

FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line.

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 193/03 novellato dal D.Lgs.101/18 e del Provvedimento del Garante del 19 novembre 2009 su "linee guida in temi di referti on-line"

Il/la sottoscritto/a_____

e-mail _____

(al fine di trasmettere contenuti informativi in relazione a prodotti o servizi forniti)

DICHIARA

Di aver ricevuto la nota informativa per il trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione online e di autorizzare il trattamento dei dati personali comuni e particolari per finalità di consultazioni sul sito web www.medicalcenterbresso.it dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento dell'attivazione del servizio di consultazione online dei propri referti sul sito web www.medicalcentebresso.it e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singola prestazione a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocare in ogni momento l'adesione al predetto servizio.

Tutto ciò premesso, liberamente, spontaneamente e consapevolmente, il sottoscritto esprime:

- ☐ Il **CONSENSO** al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line
- ☐ Il **RIFIUTO** al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line

Data e firma _____