

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Nome.....Cognome.....

Età.....Luogo e data di nascita.....

Residenza Via.....Città.....Telefono.....

SPORT:.....

Istruzioni: esaminate le domande seguenti e rispondete nel modo più veritiero possibile, **E' IMPORTANTE FORNIRE TUTTE LE INFORMAZIONI DEL CASO.** L'esercente della responsabilità genitoriale deve firmare il modulo.

Descrivi eventuali terapie farmacologiche significative in corso:.....

	SI	NO	(IN CASO DI SI) SI PREGA DI PRECISARE
Soffri di qualche MALATTIA CRONICA?			
Soffri di qualche CARDIOPATIA che necessita di controlli per cui hai eseguito in passato accertamenti cardiologici tipo: ecocardiografia, test da sforzo, ecc?			
Qualche membro della famiglia è morto improvvisamente o soffre di una cardiopatia?			
Ti è mai successo di svenire?			
Soffri di asma o di allergie?			
Soffri di qualche patologia NEUROLOGICA O PSICHICA significativa?			
Hai mai subito dei traumi con perdita di coscienza?			
Hai mai subito interventi chirurgici o ricoveri?			
Ti manca qualche ORGANO (RENE, MILZA, TESTICOLO, ECC.)?			
EVENTUALI ALTRE OSSERVAZIONI			

Consenso ai sensi dell'Art. 23 D. L.gs 196/03 e ai sensi del GDPR 679/2016 (Art. 4,7 e 24) per il trattamento dei dati personali

Io sottoscritto/a.....

quale rappresentante legale del minore, dichiaro di avere informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti di mio figlio/a e dichiaro inoltre che non è mai stato ritenuto non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge, di aver in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro centro.

Autorizzo il trattamento dei dati personali e familiari relativi al minore di cui sopra, esclusivamente ai fini diagnostici, cura, prevenzione e ricerca. Tale consenso è esteso, limitatamente alle specifiche competenze professionali, ai Medici, nonché al Personale sanitario o amministrativo della cui collaborazione il Medico intendesse avvalersi. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Poliambulatorio di Medicina Sportiva Athaena srl in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) Dr. Vincenzo Ventura.

Ho esaminato con mio/a figlio/a le domande sopra presenti

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale

Data