

CHECK– LIST ANAMNESTICA

I dati sono dell'atleta minore. Se dovesse essere sprovvisto di documento di riconoscimento inserire quello di un genitore

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residenza e/o Domic. _____ Via _____
Doc. Identità n° _____ Rilasciato a _____ il _____ (genitore)

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Se la risposta è SI specificare il familiare e tipo di patologia

Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato, o sindrome della morte improvvisa infantile)?

NO SI

Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente con:

inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegabili, preannegamento?

NO SI

Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?

NO SI

Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente con:

Cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, anni se maschi, <65 anni se femmine?

NO SI

Diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche malattie del sangue?

NO SI

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Se la risposta è SI specificare

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o qualsiasi perdita dei sensi (quasi svenimento sincope)?

Durante esercizio-sforzo fisico

NO SI

Dopo esercizio-sforzo fisico

NO SI

Non correlato all'esercizio – sforzo fisico

NO SI

Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?

Durante esercizio-sforzo fisico

NO SI

Dopo esercizio-sforzo fisico

NO SI

Non correlato all'esercizio – sforzo fisico

NO SI

Hai mai avuto capogiri, vertigini?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio – sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio – sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio – sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche (battiti irregolari-extrasistoli)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio – sforzo fisico	NO	SI
Un medico ti ha mai detto che hai un qualsiasi problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, una aritmia cardiaca, una infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica?		NO	SI
Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?		NO	SI
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECOcardiografia?		NO	SI
Hai qualche allergia (pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?		NO	SI
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?		NO	SI
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o “da banco” (senza ricetta) o pillole o inalatori?		NO	SI
Negli ultimi due anni hai mai preso farmaci in modo costante?		NO	SI
Hai mai avuto queste malattie:	Morbillo	NO	SI
	Parotite	NO	SI
	Varicella	NO	SI
	Scarlattina	NO	SI
	Epatite virale	NO	SI
	Polmonite	NO	SI
	Pleurite	NO	SI
	Altra specifica_____		
Hai mai avuto Traumi e/o fratture (sportive e non)?		NO	SI
Se SI specificare_____			

Hai mai avuto ricoveri in ospedale e/o interventi chirurgici?		NO	SI
Se SI specificare _____			

STORIA SPORTIVA

Tipo di sport	Ruolo/ Specialità	Dall'età (anni)	All'età (anni)	Durata allenamento in minuti	N° allenamenti Alla settimana	N° competizioni Alla settimana

ALTRO

Professione

Esposizione a rischi

Da anni

Fumo

Sigarette al giorno

Alcol

Quantità al giorno

Stupefacenti

Modalità

Da anni

Da anni

Da anni

Da anni

Da anni

Età inizio

Età inizio

Età inizio

Età inizio

Età inizio

NO

NO

NO

NO

NO

SI

SI

SI

SI

SI

Età di fine

Età di fine

Età di fine

Età di fine

Età di fine

LA DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO in legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall’uso di alcool.

In oltre dichiaro che i dati riportati nel seguente modulo sono corrispondenti alla realtà consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 in materia di documentazione amministrativa.

Data _____

Firma del dichiarante o di chi ne fa le veci _____

Consenso informato al trattamento dei dati personali

Gentile Sig./a

desideriamo informarLa che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 196/2003 e s.m.i..I dati personali dell'utente sono utilizzati da Medisport Center s.r.l. con sede in Perugia, str. Pieveiola 207B/1bis, 06132, P.Iva 03995890542, che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali e appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art.9, par. 2, lett. a, j e h GDPR 2016/679. La informiamo che i dati raccolti durante la visita verranno trattati con il supporto dei seguenti mezzi: Tipologia mista: archivi fisici ed Informatici, con le seguenti finalità: assistenza sanitaria, diagnosi, cure, terapie, diete particolari, assistenza alla persona, attività di ricerca clinica e scientifica, osservazionale e retrospettiva elaborazioni statistiche a fini di miglioramento delle cure e della pratica clinica, pubblicazioni scientifiche in forma anonima o aggregata (Il trattamento sarà effettuato esclusivamente per scopi compatibili con quelli della cura e tutela della salute e nel rispetto dei principi etici e deontologici. Per la ricerca scientifica i dati saranno trattati in forma anonimizzata o pseudonimizzata, così da ridurre al minimo i rischi di identificazione diretta). Il Direttore Sanitario della struttura è: Dr. Ceravolo Antonio Carmelo (Responsabile del trattamento esterno) Fatto salvo esplicito diniego da parte dell'interessato, per l'adempimento dell'assistenza sanitaria può essere data comunicazione dei dati comuni e particolari a terzi soggetti per le seguenti finalità: cura sanitaria della persona, visite specialistiche ed eventuali necessità atte a salvaguardare la salute dell'paziente. L'eventuale rifiuto nel consentire il trattamento dei dati comporta l'impossibilità di usufruire del servizio richiesto dall'utente. Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità di fornire i servizi richiesti. L'interessato ha diritto di: accedere ai dati, chiederne rettifica o cancellazione, limitarne il trattamento, opporsi, revocare il consenso in qualsiasi momento (artt. 15-22 GDPR). È possibile esercitare i diritti scrivendo a: amministrazione@medisportcenter.it. La società tratta i dati facoltativi degli utenti in base al consenso, ossia mediante l'approvazione esplicita della presente policy privacy e in relazione alle modalità e finalità di seguito descritte. I dati obbligatori ai fini contrattuali e contabili sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del rapporto commerciale e contabile, aumentato dei termini di prescrizione. I dati di chi non acquista o usufruisce di prodotti/servizi, pur avendo avuto un precedente contatto con dei rappresentanti dell'azienda, saranno immediatamente cancellati o trattati in forma anonima, ove la loro conservazione non risulti altrimenti giustificata, salvo che sia stato acquisito validamente il consenso informato degli interessati relativo ad una successiva attività di promozione commerciale o ricerca di mercato. Ai sensi del Regolamento europeo 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale, l'interessato può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti: richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano (diritto di accesso); conoscerne l'origine; riceverne comunicazione intelligibile; avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento; richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione informa anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti; nei casi di trattamento basato su consenso, ricevere i propri dati forniti al titolare, in forma strutturata e leggibile da un elaboratore di dati e in un formato comunemente usato da un dispositivo elettronico; diritto di presentare un reclamo all’Autorità di controllo. Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Frizzoni Benedetta.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati in ambito sanitario e di manifestare il consenso al trattamento dei propri dati personali e sanitari per le finalità strettamente connesse alla diagnosi, cura e assistenza sanitaria.;

☐ ACCONSENTO ☐NON ACCONSENTO al trattamento dei miei dati (anche sanitari) per attività di ricerca scientifica, studi statistici nel rispetto delle modalità indicate in forma anonima;

Data_____ Firma del dichiarante _____

DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO MINORE A PRESTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____ Via _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

in qualità di genitore/tutore legale del minore:

Nome e Cognome del minore: _____

nato/a a _____ il _____ d

DELEGA

Delego il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

ad accompagnare il/la suddetto/a minore presso **MediSport Center S.r.l.** per effettuare la prestazione sanitaria prenotata, nonché a fornire e ritirare la documentazione sanitaria connessa alla prestazione.

RECAPITI

Telefono genitore/tutore: _____ E-mail (facoltativo): _____

DICHIARAZIONI

Consenso informato al trattamento dei dati personali

Gentile Sig./a

desideriamo informarLa che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 196/2003 e s.m.i..I dati personali dell'utente sono utilizzati da Medisport Center s.r.l. con sede in Perugia, str. Pievaiola 207B/1bis, 06132, P.Iva 03995890542, che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali e appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art.9, par. 2, lett. a, j e h GDPR 2016/679. La informiamo che i dati raccolti durante la visita verranno trattati con il supporto dei seguenti mezzi: Tipologia mista: archivi fisici ed Informatici, con le seguenti finalità: assistenza sanitaria, diagnosi, cure, terapie, diete particolari, assistenza alla persona, attività di ricerca clinica e scientifica, osservazionale e retrospettiva elaborazioni statistiche a fini di miglioramento delle cure e della pratica clinica, pubblicazioni scientifiche in forma anonima o aggregata (Il trattamento sarà effettuato esclusivamente per scopi compatibili con quelli della cura e tutela della salute e nel rispetto dei principi etici e deontologici. Per la ricerca scientifica i dati saranno trattati in forma anonimizzata o pseudonimizzata, così da ridurre al minimo i rischi di identificazione diretta). Il Direttore Sanitario della struttura è: Dr. Ceravolo Antonio Carmelo (Responsabile del trattamento esterno) Fatto salvo esplicito diniego da parte dell'interessato, per l'adempimento dell'assistenza sanitaria può essere data comunicazione dei dati comuni e particolari a terzi soggetti per le seguenti finalità: cura sanitaria della persona, visite specialistiche ed eventuali necessità atte a salvaguardare la salute dell'paziente. L'eventuale rifiuto nel consentire il trattamento dei dati comporta l'impossibilità di usufruire del servizio richiesto dall'utente. Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità di fornire i servizi richiesti. L'interessato ha diritto di: accedere ai dati, chiederne rettifica o cancellazione, limitarne il trattamento, opporsi, revocare il consenso in qualsiasi momento (artt. 15-22 GDPR). È possibile esercitare i diritti scrivendo a: amministrazione@medisportcenter.it. La società tratta i dati facoltativi degli utenti in base al consenso, ossia mediante l'approvazione esplicita della presente policy privacy e in relazione alle modalità e finalità di seguito descritte. I dati obbligatori ai fini contrattuali e contabili sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del rapporto commerciale e contabile, aumentato dei termini di prescrizione. I dati di chi non acquista o usufruisce di prodotti/servizi, pur avendo avuto un precedente contatto con dei rappresentanti dell'azienda, saranno immediatamente cancellati o trattati in forma anonima, ove la loro conservazione non risulti altrimenti giustificata, salvo che sia stato acquisito validamente il consenso informato degli interessati relativo ad una successiva attività di promozione commerciale o ricerca di mercato. Ai sensi del Regolamento europeo 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale, l'interessato può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti: richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano (diritto di accesso); conoscerne l'origine; riceverne comunicazione intelligibile; avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento; richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione informa anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti; nei casi di trattamento basato su consenso, ricevere i propri dati forniti al titolare, in forma strutturata e leggibile da un elaboratore di dati e in un formato comunemente usato da un dispositivo elettronico; diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo. Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Frizzoni Benedetta.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati in ambito sanitario e di manifestare il consenso al trattamento dei propri dati personali e sanitari per le finalità strettamente connesse alla diagnosi, cura e assistenza sanitaria.;

☐ ACCONSENTO ☐NON ACCONSENTO al trattamento dei miei dati (anche sanitari) per attività di ricerca scientifica, studi statistici nel rispetto delle modalità indicate in forma anonima;

Data_____

Firma del Genitore/Tutore delegante _____

Firma del Delegato _____