

NUOVA DIMENSIONESPORT S.R.L.

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

Piazza Carlo Marx, 11 - 20030 SENAGO (MI) - Tel. 029987580 - Fax 029981072

www.nuovadimensionesport.it

PER GLI ATLETI MINORENNI

COGNOME e NOME DELL'ATLETA.....

NATO A..... IL.....

SI PREGA IL GENITORE (o tutore legale) DI COMPILARE CON ATTENZIONE E IN OGNI SUA PARTE LA SCHEDA ANAMNESTICA. Qualora dovessero rimanere dei dubbi sulla comprensione o la compilazione della scheda, non esiti a chiedere chiarimenti al nostro Centro (02-9987580).

In ogni caso la Direzione Sanitaria consiglia di accompagnare il figlio minorenni alla visita soprattutto se si tratta della prima presso il nostro Centro.

Nella famiglia di origine del paziente (genitori, fratelli/sorelle, nonni, zii, cugini 1° grado) si sono mai verificati INFARTI.....

ICTUS / TROMBOSI.....

CASI DI PRESSIONE ALTA.....

MORTI IMPROVVISE SENZA APPARENTE MOTIVO.....

MALFORMAZIONI CARDIACHE E/O OPERAZIONI CHIRURGICHE AL CUORE.....

MALATTIE DI CUORE.....

ARITMIE CARDIACHE.....

Se sì, specificare chi ne soffre, a che età ha cominciato a soffrirne e altre notizie ritenute utili

Il paziente attualmente gode di BUONA SALUTE ?.....

Il paziente ha avuto di recente la FEBBRE ?.....

Il paziente ha avuto di recente uno SVENIMENTO / MALORE ?.....

Il paziente attualmente assume dei FARMACI ?.....

Il paziente è ALLERGICO? Se sì come si manifesta l'allergia ?.....

Il paziente soffre di ASMA ?.....

Il paziente ha mai effettuato esami diagnostici cardiologici di 2° livello (ecocardio, holter, ecc.) ? Se sì, specificare quando, perché e con quale esito.....

Quando il paziente pratica sport, accusa DOLORI / FORTE STANCHEZZA o altri disturbi ?.....

Il paziente ha mai subito INTERVENTI CHIRURGICI ?

Se sì, quali e a che età ?.....

Il paziente ha mai subito INFORTUNI / TRAUMI ?

Se sì, quali e a che età ?.....

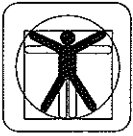
Io sottoscritto..... dichiaro di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche di mio figlio/a e delle affezioni precedenti, e che lo stesso non è MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO, NON HA IN CORSO SOSPENSIONI, NON E' IN ATTESA DI GIUDIZIO DA PARTE DI ALTRO CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT. Dichiaro altresì di acconsentire ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data

Firma del genitore

.....

.....



NUOVA DIMENSIONESPORT S.R.L.

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA
Piazza Carlo Marx, 11 - 20030 SENAGO (MI) - Tel. 029987580 - Fax 029981072
www.nuovadimensionesport.it

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D. LGS 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Per dati personali, si intendono ai sensi della presente informativa:
 - Quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - Quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - Quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi custodite e protette con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art. 31 e seguenti del D. Leg 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
 - Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - In chiaro, alla ASL competente per territorio;
 - In forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs, 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 "Nuova Dimensione Sport" nella persona del Direttore Sanitario (o legale rappresentante) e che il responsabile del trattamento è il Direttore Sanitario della struttura stessa.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D. LGS 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il consenso espresso per:

- 1) L'acquisizione dei dati di cui al punto 1
- 2) La comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4

COGNOME E NOME DEL GENITORE (o tutore legale).....

NATO AIL.....

Data

Firma del genitore (o tutore legale)

.....

.....