

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983;)

LA SOCIETA' SPORTIVA A.S.D. VENEZIA RUNNERS ATL. MURANO

Sede Sociale: Via F. TA. VETRAI N° 97

Città MURANO C.A.P. 30141 Prov. VE

Telefono 041274478 Fax 041527448

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva 03609670272

Codice Affiliazione Federale VE470

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per
RILASCIO CERTIFICATO MEDICO PER IDONEITA' SPORTIVA
AGONISTICA - NON AGONISTICA

PER LO SPORT ATLETICA LEGGERA

ATLETA:

COGNOME..... NOME.....

Nato a il

Codice Fiscale

Residente in C.A.P. Prov.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Nason Giorgio



SCHEMA ANAMNISTICA DI VALUTAZIONE MEDICO – SPORTIVA

(dichiarazione dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome: Nome: Data di Nascita:/...../.....

Luogo di Nascita: Codice Fiscale:

Indirizzo: CAP: Città: Prov.:

Attività di studio/lavoro:

Anamnesi sportiva: Quale sport pratica? Da quanti anni?

Quanti allenamenti svolge alla settimana? Di che durata?

Pratica altri sport? Se SI, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

Anamnesi familiare. C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

Malattie di cuore NO SI Morte improvvisa NO SI Infarto del miocardio NO SI

Iperensione NO SI Colesterolo alto NO SI Obesità NO SI

Diabete mellito NO SI Malattie Tiroidee NO SI Malattie Polmonari NO SI

Malattie Neurologiche NO SI Tumori NO SI Asma/Allergie NO SI

Anamnesi fisiologica.

E nato da parto naturale e a termine SI NO Ha avuto allattamento al seno SI NO

Fuma NO SI

Se SI, quante sigarette in media al giorno e da quanto tempo

Ha mai provato a smettere? NO SI Vorrebbe smettere? NO SI

Beve alcolici? NO SI quanto?

Beve caffè/the/Coca-Cola? NO SI quanto?

Consuma frutta e verdura? raramente 2-3/settimana ogni giorno

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari? NO SI

Se SI, quali

Vaccinazione antitetanica NO SI ultimo richiamo:

Anamnesi patologica. Ha sofferto / Soffre di:

Allergie NO SI Altre mal. Respiratorie NO SI Anemia NO SI

Svenimenti NO SI Palpitazioni NO SI Vertigini NO SI

Pressione elevata NO SI Colesterolo elevato NO SI Mal. del fegato/vie biliari NO SI

Malattie neurologiche NO SI Altre malattie endocrine NO SI Malattie psichiatriche NO SI

Asma bronchiale NO SI Otiti/Sinusiti NO SI Epilessia NO SI

Malattie di cuore NO SI Dolore toracico NO SI Disturbi visivi NO SI

Diabete mellito NO SI Mal. gastro-intestinali NO SI Mal. muscolo-schelet.che NO SI

Malattie tiroidee NO SI Neoplasie (Tumori) NO SI Mal. dei reni/vie urinarie NO SI

Altro (specificare) NO SI

Ha subito interventi chirurgici? NO SI

Se si, indicare tipo di intervento ed età

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni? NO SI

Se si, indicare tipo di lesione ed età

Usa occhiali/lenti a contatto? NO SI motivo:

Per le Atlete:

Età prima mestruazione: anni Data ultima mestruazione: / / Anomalie del ciclo mestruale NO SI

Dichiarazione

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge.

Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dalla legge per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica.

Dichiaro inoltre di non avere, al momento attuale, altre cartelle di visite di idoneità per attività sportiva agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori/centri/servizi pubblici o privati di medicina dello sport o di non essere stato dichiarato NON idoneo all'attività sportiva agonistica negli ultimi 12 mesi.

Data/...../..... Firma del dichiarante (o di un genitore per atleti minorenni)

Sono interessato a ricevere via e-mail, gratuitamente e senza impegno alcuno, potendo in ogni momento revocare liberamente la mia disponibilità, notizie ed aggiornamenti riguardanti le iniziative ed i servizi offerti dal Poliambulatorio Bissuola Medica per la tutela e per la promozione della salute e del benessere della persona e della comunità.

SONO INTERESSATO AD ESSERE AVVISATO ALLA SCADENZA DEL PERIODO DI VALIDITA' DEL CERTIFICATO DI IDONEITA', IN TEMPO UTILE PER IL RINNOVO.

Indirizzo e-mail: Telefono: Cell.:

Firma del dichiarante (o di un genitore per atleti minorenni)

INFORMATIVA - Ai sensi dell'Art. D.lg. 196/2003 sul "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

Gentile paziente,

il DL. 196/2003 richiede che Lei ci autorizzi al trattamento dei dati che riguardano la sua salute oltre ad altri dati personali.

Bissuola Medica S.r.l. La informa che i suoi dati personali, richiesti e quanto altro emergerà nel corso della prestazione stessa, saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti dal personale specificatamente incaricato ed informato in merito, sotto il controllo del Responsabile del trattamento dei dati, al fine di tutelare, accertare e certificare la diagnosi delle Sue malattie e i referti specialistici, migliorando e rendendo più semplice e sicura ogni attività Sanitaria Amministrativa e Gestionale. Potrà essere necessario, inoltre, che i suoi dati personali e/o sensibili vengano comunicati alle Autorità Sanitarie.

In ottemperanza al DL 196/2003 i suoi dati saranno conservati per mezzo di strumenti elettronici e/o cartacei, protetti con adeguate misure di sicurezza e di archiviazione contro la sottrazione e/o manomissione. Il personale dipendente di questa struttura metterà in atto tutte le norme necessarie ad ottemperare alla disciplina legislativa in merito a "**La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali**", ed avranno accesso ai soli dati strettamente necessari per poter svolgere i loro compiti.

Le vogliamo inoltre ricordare che un eventuale rifiuto dell'autorizzazione al trattamento dei suoi dati personali e/o sanitari ci impedirebbe di fornirLe le prestazioni richiesteci.

ESPRIMO IL MIO CONSENSO ED AUTORIZZO

Bissuola Medica S.r.l. al trattamento dei miei dati personali e/o sensibili, esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura, e prestazioni connesse.

Firma del dichiarante (o di un genitore per atleti minorenni)

Da compilarsi con i dati del genitore se l'atleta è minorenne:

Cognome: Nome: Codice Fiscale:

Data di Nascita: ... / ... / Luogo di Nascita:

Firma