

**AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT**  
ANAMNESI PER L'ACCERTAMENTO D'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

CONEGLIANO, Lì \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Società \_\_\_\_\_ Sport \_\_\_\_\_

N° allenamenti/settimana \_\_\_\_\_ E-mail (LEGGIBILE) \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Altezza m. \_\_\_\_\_ Peso kg. \_\_\_\_\_

**MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori, nonni, fratelli)**

Malattie di cuore	SI	NO	Malattie polmonari	SI	NO	Tumori	SI	NO
Morte improvvisa	SI	NO	Malattie renali	SI	NO	Allergie	SI	NO
Malattie del sangue	SI	NO	Ipertensione arteriosa	SI	NO	Asma	SI	NO
Colesterolo, trigliceridi	SI	NO	Malattie del fegato	SI	NO	Ictus	SI	NO
Diabete	SI	NO						

Altre malattie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA ANAMNESI CARDIOLOGICA**

**HA MAI SOFFERTO DI:**

Malattie di cuore	SI	NO	Soffio al cuore	SI	NO
Ipertensione arteriosa	SI	NO	Aritmie (battiti irregolari)	SI	NO

**DURANTE LA SUA VITA HA MAI ACCUSATO:**

Dolore o costrizione al petto	SI	NO
Svenimenti o vertigini	SI	NO
Cardiopalmo - tachicardia	SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	SI	NO

**DURANTE E/O DOPO LO SFORZO HA MAI ACCUSATO:**

Difficoltà respiratorie	SI	NO
-------------------------	----	----

**E' MAI STATO SOTTOPOSTO AD ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI** SI NO se SI

quali: \_\_\_\_\_

**TRAUMI SPORTIVI E NON SPORTIVI**

Fratture	SI	NO	Strappi muscolari	SI	NO	Traumi cranici	SI	NO
Lussazioni	SI	NO	Tendiniti/borsiti	SI	NO	Dolori alla schiena	SI	NO
Perdite di conoscenza	SI	NO	Pubalgia	SI	NO	Distorsioni	SI	NO

Altro \_\_\_\_\_

**MALATTIE DELL'ATLETA**

Morbillo	SI	NO	Asma	SI	NO	Calcoli	SI	NO
Varicella	SI	NO	Asma da sforzo	SI	NO	Disturbi urinari	SI	NO
Parotite	SI	NO	Eczema	SI	NO	Diabete	SI	NO

Rosolia	SI	NO	Malattie Tiroide	SI	NO	Colesterolo alto	SI	NO
Pertosse	SI	NO	Sanguinamenti frequenti			Trigliceridi alti	SI	NO
Tonsilliti	SI	NO	naso / gengive	SI	NO	Acido urico alto	SI	NO
Febbre reumat.	SI	NO	Cefalea	SI	NO	Epatite virale	SI	NO
Otiti	SI	NO	Epilessia	SI	NO	Mononucleosi	SI	NO
Sinusiti	SI	NO	Convulsioni	SI	NO	Altre malattie _____		
Polmoniti	SI	NO	Mal. Intestinali	SI	NO	_____		
Allergie	SI	NO	Gastrite / Ulcera	SI	NO	_____		

**E' MAI STATO RICOVERATO?** SI NO se **SI** perché \_\_\_\_\_  
**E' IN TERAPIA CON FARMACI?** SI NO se **SI** quali \_\_\_\_\_  
**FUMA?** SI NO se si quanto \_\_\_\_\_

#### INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI	NO	Ernie	SI	NO	Menisco	SI	NO
Adenoidi	SI	NO	Varicocele	SI	NO	Legamenti	SI	NO
Appendice	SI	NO	Setto nasale	SI	NO	Altri interventi _____		

#### CURE ORTOPEDICHE

Ginnastica correttiva	SI	NO	Busti	SI	NO	Scarpe ortop.	SI	NO
Plantari	SI	NO	Docce gessate/gessi	SI	NO			

#### APPARATO VISIVO

<b>FA USO D'OCCHIALI o LENTI A CONTATTO ?</b>			SI	NO				
Miopia	SI	NO	Astigmatismo	SI	NO	Ipermetropia	SI	NO
Strabismo	SI	NO	Presbiopia	SI	NO			

#### ANAMNESI FISIOLOGICA

Nascita prematura	SI	NO						
Età prima mestruazione _____			Ciclo mestruale regolare	SI	NO			

**E' MAI STATO SOSPESO DALL'ATTIVITA' SPORTIVA IN PRECEDENTI VISITE MEDICO SPORTIVE?** SI NO  
se **SI** per quale motivo? \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (oppure genitore se l'atleta è minorenne) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie. Dichiara inoltre che le notizie, fornite sul questionario, sono **complete e veritiere** e di non essere mai stato dichiarato **"NON IDONEO"** o di non essere attualmente **"SOSPESO"** da una qualsiasi struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport.

Autorizza l'Équipe Medica ad espletare il test da sforzo al cicloergometro, finalizzato ad escludere e/o individuare anomalie, nella consapevolezza dei potenziali minimi rischi intrinseci ai test stessi (complicanze gravi in meno di 1/10.000 test). Dichiara di aver correttamente **compreso** le spiegazioni sul test da sforzo e di aver ottenuto dal personale medico e infermieristico tutti i chiarimenti richiesti.

**NUMERO CARTA D'IDENTITA':** \_\_\_\_\_

**FIRMA DELL'ATLETA** \_\_\_\_\_  
(Se minori firma del Genitore)

Il sottoscritto esprime il consenso ed autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art.15 UE 679/2016

**FIRMA DELL'ATLETA** \_\_\_\_\_  
(Se minori firma del Genitore)



INFORMATIVA PRIVACY – tutela e riservatezza dei dati (Regolamento UE 679/2016, D.Lgs 196/2003 e succ. modificazioni)

Egregio Signore/Spettabile Società,

in ottemperanza agli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, con la presente intendiamo informarVi, in qualità di interessato, che il centro di Medicina e Salute di Conegliano, con sede in Conegliano (TV), Via San Giuseppe 38H (nel seguito, anche “Centro”) sottoporrà a trattamento i dati personali che Vi riguardano e che ci sono stati o che ci verranno da Voi forniti.

Ai sensi della predetta normativa, il trattamento dei Vostri dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti. Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, Vi forniamo pertanto, le seguenti informazioni:

#### 1. Finalità del trattamento dei dati

I Vs. dati personali e sensibili ci sono stati forniti e saranno trattati esclusivamente per finalità strettamente connesse e strumentali all’adempimento delle obbligazioni inerenti ai rapporti con il Ns Centro, in particolare:

- per erogazione delle prestazioni sanitarie richieste da Voi;
  - per l’inserimento delle anagrafiche nei data base informatici aziendali;
  - per adempimenti ed obblighi previsti da leggi, regolamenti e normative comunitarie ovvero da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo;
  - per la tenuta della contabilità e per la gestione degli incassi e pagamenti.
  - per finalità di stabilizzazione finanziaria e competitività economica ( D.L. 78/2010)
- per finalità di semplificazione di detrazione delle spese mediche attraverso la dichiarazione dei redditi,

#### 2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato dal titolare, dal/i responsabile/i e dagli incaricati e potrà avvenire mediante supporti cartacei e/o con l’ausilio di strumenti informatici, collegati o meno in rete, e telematici, con logiche strettamente collegate alle finalità dichiarate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

#### 3. Natura della raccolta dei dati e conseguenze di un eventuale mancato conferimento

Il conferimento dei dati è:

- a) obbligatorio per il raggiungimento delle finalità connesse agli obblighi previsti da leggi o da altre normative vincolanti;
- b) necessario per la corretta instaurazione e prosecuzione del rapporto con Voi instaurato.

Un eventuale rifiuto di fornire i dati di cui sopra, seppur certo legittimo, potrebbe compromettere il regolare svolgimento del rapporto con il Ns Centro ed, in particolare, potrebbe comportare l’impossibilità per noi di dare esecuzione ai Suoi ordini, nonché di effettuare la prestazione dei servizi richiesti e la relativa fatturazione.

#### 4. Comunicazione

I Vs. dati personali, ai fini dell’esecuzione del contratto e per le finalità sopra indicate, potranno essere comunicati e/o trasmessi:

- a tutte le persone fisiche e giuridiche – società sportive, studi di consulenza legale, amministrativa, fiscale, centro elaborazione dati, studi medici, medici, Tribunali/ Uffici Giudici di Pace competenti per fattispecie e/o territorialità, Enti Previdenziali, uffici ASL e Regionali, collaboratori, stagisti, e/o consulenti, anche occasionali, e dipendenti, medici e non, appositamente incaricati e nell’ambito delle relative mansioni e competenze- nei casi in cui la comunicazione risulti necessaria o opportuna per le finalità sopra illustrate;

- ad istituti bancari per la gestione degli incassi e dei pagamenti; a enti, società e istituti del servizio bancario, creditizio, assicurativo e finanziario;

Le spese mediche sono inoltre comunicate al sistema TS (sistema Tessera Sanitaria) gestito dal Ministero dell’Economia e delle Finanze che a sua volta le comunicherà all’Agenzia delle Entrate (unitamente ai rimborsi effettuati nel periodo di imposta precedente); qualora Lei fornisca esplicito dissenso, che sarà nostra cura provvedere a raccogliere, tale operazione non sarà effettuata.

#### 5. Diffusione

È esclusa la diffusione con qualunque mezzo (stampa, video e altri) se non con il Vs. esplicito consenso che sarà nostra cura provvedere a raccogliere con esplicita richiesta.

#### 6. Diritti dell’interessato

In ogni momento potrete esercitare i Vs. diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, che per Vostra comodità riproduciamo.

I diritti di cui all’art. 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità al titolare o al responsabile, anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo. La richiesta rivolta al titolare o al responsabile può essere trasmessa anche mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica.

#### 7. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è : Centro di Medicina e Salute con sede in Conegliano, Via San Giuseppe 38H.

Il legale Rappresentante  
f.to Gava Daniele

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, ....., dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell’art.13 del D.Lgs. n.196/03 e regol. UE 679/2016 ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati, anche sensibili che riguardano l’attività del Poliambulatorio medico.

Il cliente