

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO

L'ATLETA

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

N° DOCUMENTO IDENTITA'

Nato/a a il

Residente in C.A.P.

Via n°

Telefono Email

CHIEDE VISITA MEDICA PER L'IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA
(buona salute)

DELLO SPORT

SOCIETA' SPORTIVA INVIANTE

PARTE DA COMPILARSI SOLO SE L'ATLETA E' MINORENNE O AFFIDATO A TUTORE LEGALMENTE NOMINATO

AUTODICHIARAZIONE

I.../La sottoscritt.../a e,
esercenti/e la patria potestà sul minore,
da.... il consenso alla effettuazione degli accertamenti necessari al rilascio della idoneità sportiva.

Firma dei genitori o del tutore legalmente nominato

.....

**REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n° 679/16
D.Lgs. 101/18 di adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento europeo e modifica al**

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO
art. 9 GDPR 679/16 – art. 75 e ss. D.Lgs. 196/03**

Il sottoscritto, Cognome e Nome

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

1. Per sé

Oppure

Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita)

in qualità di:

- Esercente la potestà genitoriale
- Tutore *(si allegano documenti certificanti)*
- Curatore *(si allegano documenti certificanti)*
- Amministratore di sostegno *(si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina)*
- Legale rappresentante *(si allegano documenti certificanti)*

di Cognome e Nome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite a norma di legge, sotto la propria responsabilità, ricevute e comprese le informazioni di cui agli artt. 13 GDPR – 78 e ss. D.Lgs. 196/03 ai sensi della normativa vigente

CONFERISCE CONSENSO

A Domus Medica Group srl per il trattamento dei dati personali e particolari per le finalità e nei limiti espressi nell'informativa ricevuta.

Data _____ Firma leggibile _____

Nell'impossibilità da parte dell'utente _____ di firmare materialmente per (indicare il motivo) _____ l'operatore incaricato sottoscritto _____ dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.

Data _____ Firma leggibile dell'operatore _____

Domus Medica Group srl

MODULO DI ANAMNESI

Cognome Nome Data di nascita

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Anamnesi familiare (Genitori, fratelli, sorelle, nonni)

Diabete No Sì chi.....
 Ipertensione Arteriosa No Sì chi.....
 Morte improvvisa giovanile No Sì chi.....
 Cardiopatia ischemica od infarto No Sì chi.....
 Altro (specificare)

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Anamnesi fisiologica

Alimentazione libera regime dietetico in atto
 Fumo No Sì quante sigarette
 Alcolici e superalcolici Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore
 Uso di farmaci No Sì quali e perchè
 Vaccinazione antitetanica No Sì anno ultima vaccinazione

PER LE DONNE: data prima menarca data ultima mestruazione
 gravidanze No Sì quante

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Ipertensione Arteriosa	SI NO						
Morbillo	SI NO	Pleurite	SI NO	Svenimento	SI NO		
Varicella	SI NO	Polmonite	SI NO	Malattie di stomaco	SI NO		
Rosolia	SI NO	Sinusite	SI NO	Malattie di reni	SI NO		
Scarlattina	SI NO	Febbre Reumatica	SI NO	Malattie di intestino	SI NO		
Parotite	SI NO	Asma	SI NO	Lussazione anca	SI NO		
Pertosse	SI NO	Eczema	SI NO	Scoliosi	SI NO		
Epatite Virale	SI NO	Allergia	SI NO	Dorso curvo	SI NO		
Mononucleosi	SI NO	Anemia	SI NO	Piede piatto	SI NO		
Tonsille	SI NO	Diabete	SI NO	Scapole alate	SI NO		
TBC	SI NO	Tumore	SI NO	Epilessia	SI NO		
Otite	SI NO	Traumi oculari	SI NO	Busti correttivi	SI NO		
Malattie di cuore							
Malform. Congenita	SI NO	Problemi oculari	SI NO	Ginnastica correttiva	SI NO		
Problemi Cardiaci	SI NO	Ipoacusia	SI NO	Rialzo al piede	SI NO		
Aritmia	SI NO	Sordità	SI NO	Plantare	SI NO		
Extrasistoli	SI NO	Trauma cranico	SI NO	Scarpe ortopediche	SI NO		
Soffio	SI NO	Fratture	SI NO	Protesi	SI NO		
Malform. Valvolari	SI NO	Distorsioni	SI NO	Interventi chirurgici	SI NO		
Miocardite	SI NO	Stiramenti muscolari	SI NO	Se si quali _____	_____	_____	
Pericardite	SI NO	Strappi	SI NO	_____	_____	_____	

Altro.....

Anamnesi sportiva

Sport Società sportiva

Allenamenti a settimana Durata in ore

Quando pratichi sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
svenimenti	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
dolori toracici	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
grande stanchezza	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

Hai già eseguito visite per l'idoneità sportiva? No Si

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva No Si

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva No Si

Se si quali

Io sottoscritto/a dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche,
- delle affezioni precedenti,
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge,
- mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.
- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.
- dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi

Data

Firma (dei genitori o tutore legalmente nominato se l'atleta è minorenn)

Annotazioni del Medico dello Sport:

.....

.....

.....

Firma del Medico dello Sport