

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E STORICO FAMILIARE

Dati dell'atleta che si sottopone alla visita:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ () il _____

Residenza e/o domicilio _____

NUMERO DI TELEFONO

Domande riferite **AI FAMILIARI** dell'atleta:

Diabete	NO	SI	se si chi →	Genitori		Fratelli		Nonni	
Asma	NO	SI		Genitori		Fratelli		Nonni	
Iperensione arteriosa	NO	SI		Genitori		Fratelli		Nonni	
Morte improvvisa sotto i 50 anni	NO	SI		Genitori		Fratelli		Nonni	
Cardiopatìa ischemica/infarto	NO	SI		Genitori		Fratelli		Nonni	

Altro: _____

Domande riferite ALL'ATLETA:

- Tipo di lavoro praticato _____
- Hai valori ematochimici elevati per colesterolo e/o trigliceridi? NO SI
- Quante sigarette fumi al giorno? NESSUNA MENO DI DIECI PIU' DI DIECI
- Stai assumendo farmaci? NO SI se si quali _____
- Soffri o hai sofferto di malattie come:

DIABETE		NO	SI
EPILESSIA		NO	SI
IPERTENSIONE ARTERIOSA		NO	SI
MALATTIE E/O ARITMIE CARDIACHE		NO	SI
ASMA		NO	SI

- Soffri di allergie? NO SI se si quali _____
- Hai subito interventi chirurgici? NO SI se si quali _____
- Sei svenuto in passato? NO SI se si → a riposo sotto sforzo
- Interventi chirurgici/fratture/traumi craniaci _____
- DOMANDA SOLO PER LE DONNE:
-Età indicativa della prima mestruazione _____ Data dell'ultima mestruazione _____

SPORT PRATICATO	
Società di appartenenza	

Quanto dura un allenamento	
Numero allenamenti settimanali	

- Quando pratici sport, accusi disturbi improvvisi e/o dolori toracici? NO SI
- Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica o NON agonistica? NO SI
- Se sì, sei stato giudicato sospeso o non idoneo nel corso di tali visite? NO SI

Come sei venuto a conoscenza del centro medico OMNES _____

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affermazioni precedenti mie o di mio figlio/a e che non sono mai/non è mai stato dichiarato non idoneo, nè ha il corso sospensioni o è in attesa di un giudizio da parte di un altro Centro. Inoltre mi impegno a far sì che non faccia uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'uso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data _____ Firma leggibile interessato/a o del tutore se minore: _____

INFORMATIVA AI SENSI ARTT. 13/14 REG. UE 2016/679 ("GDPR")

I dati da Lei forniti in qualità di "interessata/o" (e/o di tutore dell'interessato minorenne) ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste sono trattati al fine di poter erogare correttamente le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e/o riabilitazione da Lei richieste. Il trattamento è realizzato attraverso operazioni effettuate con o senza l'ausilio di mezzi elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e/o distruzione di tali dati.

I dati, sia di tipologia "comune" (dati anagrafici) che di "categoria particolare" (dati sanitari), sono trattati dal Titolare del trattamento e dai Responsabili/Incaricati appositamente designati e formati allo scopo, con modalità atte a garantire il rispetto di tutti i requisiti di liceità, correttezza, trasparenza e riservatezza previsti dalle normative in vigore.

In particolare, considerata anche la natura degli stessi, sono assolutamente garantite tutte le adeguate misure di protezione e di sicurezza tecnica, logica ed organizzativa necessarie.

Il conferimento di tali dati è necessario ai fini dello svolgimento delle attività necessarie e il rifiuto dell'interessato comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste.

Se necessario e/o richiesto da specifici adempimenti di cui alla normativa, i dati possono essere comunicati a soggetti terzi in funzione degli obblighi e delle eventuali necessità previste e pertinenti, ad es. altre strutture specialistiche e/o laboratori di analisi, a Società Sportive e/o alla Federazione e/o Ente di Promozione Sportiva di riferimento, all'ATS competente per territorio e/o all'U.O. Prevenzione Generale Sanità per i relativi adempimenti.

I dati sono conservati per il tempo strettamente necessario all'attività medica e, in ogni caso, non superiore a 10 anni dopo la conclusione del rapporto.

Oltre ai dati di cui sopra possono essere trattati ulteriori dati di contatto (es. indirizzo mail, n° cellulare), il cui conferimento è facoltativo, per poter essere utilizzati - previo manifestazione di apposito consenso ai sensi del GDPR sotto riportato - per comunicazioni a mezzo email e/o SMS e/o whatsapp, contenenti materiale informativo e/o promozionale relativamente a prodotti e/o servizi offerti da OMNES SRL e/o partner nella realizzazione di specifiche iniziative commerciali e/o di promozionali.

L'eventuale Suo diniego al trattamento di tali dati non comporterà specifiche conseguenze sui servizi da noi erogati.

Il Titolare del trattamento è lo Studio medico OMNES srl, con sede legale in Via Alessandro Manzoni 29/31 - 24053 Brignano Gera D'Adda e sede operativa in Via Roggia Vignola 18/A e 18/B - 24047 Treviglio (BG). I Responsabili del trattamento sono i medici professionisti operanti.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli art.15÷22 del Reg. UE 2016/679 ("GDPR"), che richiamiamo integralmente.

A tale fine, l'interessato può contattare il Titolare del trattamento alla mail info@omnestreviglio.com; inoltre, ha diritto di proporre reclamo presso l'Autorità di Controllo di riferimento (Garante per la Protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it) nel caso le proprie richieste di informazione rivolte al Titolare non abbiano determinato risposte soddisfacenti.

Si specifica infine che, in accordo con il Decreto Legislativo 10/08/18 n. 101 di adeguamento del nostro ordinamento al GDPR, per il trattamento dei dati per finalità di diagnosi e cura non è obbligatorio il rilascio del consenso da parte dell'interessato.

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso visione dell'informativa di cui sopra, il sottoscritto manifesta il proprio consenso per lo specifico trattamento dei dati per le finalità di comunicazione e di promozione commerciale nella medesima indicati:

esprimo il mio consenso

non esprimo il mio consenso

Nome e Cognome _____ Cod. Fisc. _____

Mail per contatto di cui al consenso sopra manifestato: _____

Cellulare per contatto di cui al consenso sopra manifestato: _____

Data _____ Firma leggibile interessato/a o del tutore se minore: _____