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	
Ipertensione arteriosa	NO	SI		Genitori		Fratelli		Nonni	
Morte improvvisa sotto i 50 anni	NO	SI		Genitori		Fratelli		Nonni	
Cardiopatia ischemica/infarto	NO	SI		Genitori		Fratelli		Nonni	

Altro: _____

Domande riferite ALL'ATLETA:

Tipo di lavoro praticato _____(in caso di minore indicare "studente")

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	
ALLERGIE	NO	SI	Se si indicare quali
Hai subito interventi chirurgici?	NO	SI	Se si indicare quali
Sei svenuto in passato?	NO	SI	Se si, a riposo o sotto sforzo?
Hai subito fratture rilevanti e/o recenti?	NO	SI	
Hai subito traumi cranici?	NO	SI	
Stai assumendo farmaci?	NO	SI	Se si indicare quali
Hai valori ematochimici elevati per colesterolo e/o trigliceridi?	NO	SI	
Fumi sigarette?	NO	SI	Se si indicare la quantità giornaliera
Altro da segnalare/terapie in corso			

Sport per cui si richiede la visita?	
Società sportiva di appartenenza?	
Numero di allenamenti settimanali	
Quanto dura un allenamento?	

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

- **DOMANDA SOLO PER LE DONNE:**

Età indicativa della prima mestruazione_____Data dell'ultima mestruazione_____

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 attesadi un giudizio da parte di un altro Centro. Inoltre mi impegno a far si che non faccia uso di droghe riconosciue 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 altrsì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data _____**Firma leggibile interessato** 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.
l 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

Trattamento dei dati di contatto
Il numero di telefono dell'interessato è raccolto e trattato esclusivamente per le seguenti finalità:

- invio di promemoria relativi agli appuntamenti;
- rilevazione del grado di soddisfazione e richiesta di feedback sulla prestazione sanitaria erogata;
- gestione di comunicazioni strettamente connesse e funzionali all'erogazione della prestazione sanitaria.

Le comunicazioni potranno avvenire anche mediante piattaforma WhatsApp Business.
Il trattamento del numero di telefono non è effettuato per finalità di marketing.

L'indirizzo e-mail è raccolto previo consenso dell'interessato per le seguenti finalità:

- invio di comunicazioni inerenti a chiusure, variazioni di orario o altri avvisi di carattere organizzativo rilevanti;
- invio periodico (indicativamente mensile) di comunicazioni a carattere informativo e divulgativo relative ai servizi offerti dal centro.

I dati personali non saranno oggetto di diffusione né di comunicazione a soggetti terzi.

Presa visione dell'informativa di cui sopra, il sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate

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: _____