

SCHEDA ANAMNESTICA VISITA SPORTIVA NON AGONISTICA

GENERALITA' (Dati obbligatori da compilare a cura del Paziente o del genitore o esercente patria potestà)									
COGNOME					NOME				
NATO IL			A						
PROVINCIA			COD. FISCALE						
RESIDENTE	Via	P.zza	C.so					N.	
COMUNE							PROVINCIA		
TEL.				EMAIL					
ATTIVITA' FISICA PRATICATA							NUMERO VOLTE ALLA SETTIMANA		
IDONEO/A IN PASSATO?					SI	NO	ANNO		

ANAMNESI (Dati obbligatori da compilare a cura del Paziente o del genitore o esercente patria potestà)

- 1) Nei famigliari ci sono stati casi di morte improvvisa (decessi sotto i 40 anni per cause non note)? NO SI
- 2) Qualcuno in famiglia ha avuto un infarto o un ictus? NO SI (se si chi?)
- 3) Ci sono famigliari ipertesi? NO SI (se si chi?)
- 4) Altre patologie famigliari da segnalare
- 5) Soffre o ha sofferto delle seguenti patologie:

Ipertensione arteriosa NO SI Asma bronchiale NO SI

Diabete mellito NO SI Epilessia NO SI

- 6) Assume dei farmaci abitualmente o al bisogno? NO SI (se si quali?)
- 7) Ha mai subito ricoveri ospedalieri? NO SI (motivo)
- 8) Ha mai subito fratture? NO SI
- 9) E' mai svenuto? NO SI (se si quando?)
- 10) Ha mai subito traumi cranici? NO SI (quando?)
- 11) Ha mai avuto avvertito la sensazione di battito irregolare NO SI (se si quando?)
- 12) Fumatore / Ex fumatore NO SI Quantità/die?

Consenso dell'interessato

In riferimento a quanto previsto dal Reg.(UE)2016/679, HCT Italia S.r.l. ha provveduto, come presentato nell'informativa associata al GDPR, ad istituzionalizzare le Banche Dati riferite a gli interessati. Pertanto, vi si richiede di formalizzare esplicito consenso dietro presa visione dei vostri diritti secondo gli art. 15-22 della vigente normativa.

Ai sensi degli art. 6-8 del Reg.(UE)2016/679, io sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto interessato [] e/o in qualità di responsabile genitoriale/tutore legale di _____ 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. 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 non agonistica. Dichiaro inoltre di non avere, al momento attuale, altre cartelle di visite di idoneità per attività sportiva non 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 non agonistica negli ultimi 12 mesi. Prendo inoltre atto dell'informativa che mi è stata data in lettura ed, in particolare relativa al trattamento dei miei dati da parte di HCT ITALIA S.r.l., e delle modalità di gestione e trattamento dei miei dati personali, sanitari, economici ed eventualmente particolari, mediante strumenti elettronici e non, in Italia, in UE ed eventualmente al di fuori, adottando tutte le misure di sicurezza necessarie per l'esecuzione dei servizi e delle prestazioni necessarie a dar seguito agli obblighi contrattuali intrapresi. Pertanto,

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo il trattamento dei miei all'interno della BANCA DATI HCTSOLUTIONS, per le finalità descritte all'interno del GDPR, adottando tutte le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente e conservando tali dati fino al termine della prescrizione legale, fuorché il rapporto non si rinnovi in futuro.

Luogo e Data, _____

Firma _____

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali all'interno della BANCA DATI INFORMAZIONI ASSOCIATE AI SERVIZI per le finalità esposte nella presente informativa. Pertanto, rilascio email e recapito telefonico.

Luogo e Data, _____

Firma _____

DATI ANTROPOMETRICI		COMPILAZIONE RISERVATA AL MEDICO	
Altezza		Peso	
Circonferenza		Altro	
RILEVAZIONE VALORI PRESSORI			
Saturazione		Frequenza cardiaca	
Press. Sistolica		Press. Diastolica	
ESAME OBIETTIVO		COMPILAZIONE RISERVATA AL MEDICO	
Note Riferite			
Esame obiettivo cardiologico		Toni ritmici validi, pause libere, T1 e T2 normale	
Esame obiettivo polmonare		Murmure vescicolare su tutto l'ambito	
Esame obiettivo addominale		Addome trattabile, organi ipocondriaci nei limiti	
Polsi periferici		Normoisofimici	
Esame obiettivo posturale		Nulla da riferire	
Valutazione nutrizionale		Nulla da riferire	

LA TUA VISITA E' PRENOTATA IL:

GIORNO

ALLE ORE

Presentarsi muniti di: - Ciabatte
- Codice Fiscale
- Documento di Identità
Anamnesi debitamente compilata