

SCHEDA ANAMNESTICA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Anagrafica (dati obbligatori da compilare a cura del paziente o del genitore o esercente patria potestà)							
COGNOME				NOME			
NATO IL			COMUNE DI NASCITA				
PROVINCIA			CODICE FISCALE				
RESIDENZA	Via	P.zza	C.so			N°	
COMUNE						PROVINCIA	
CELLULARE			EMAIL				
ATTIVITÀ FISICA PRATICATA?					N. VOLTE A SETTIMANA		

Anamnesi (dati obbligatori da compilare a cura del paziente o del tutore legale)			
CI SONO STATI CASI DI MORTE IMPROVVISA TRA I SUOI FAMIGLIARI (DECESSI SOTTO I 40 ANNI PER CAUSE NON NOTE)?	SÌ	NO	SE SÌ, CHI?
QUALCUNO IN FAMIGLIA HA AVUTO UN INFARTO O UN ICTUS?	SÌ	NO	SE SÌ, CHI?
CI SONO FAMIGLIARI IPERTESI?	SÌ	NO	SE SÌ, CHI?
ALTRE PATOLOGIE FAMIGLIARI DA SEGNALARE?			
SOFFRE O HA SOFFERTO DELLE SEGUENTI PATOLOGIE? (SE SÌ, METTERE UNA CROCETTA)			
<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="checkbox"/> DIABETE MELLITO		
<input type="checkbox"/> PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI	<input type="checkbox"/> ASMA BRONCHIALE		
<input type="checkbox"/> PATOLOGIE NEUROLOGICHE	<input type="checkbox"/> EPILESSIA		
<input type="checkbox"/> ALTRE PATOLOGIE	<input type="checkbox"/> EMICRANIA		
SPECIFICARE QUALI PATOLOGIE QUI DI SEGUITO:			
ASSUME DEI FARMACI ABITUALMENTE O AL BISOGNO?	SÌ	NO	SE SÌ, QUALI?
HA MAI SUBITO RICOVERI OSPEDALIERI?	SÌ	NO	MOTIVO DEL RICOVERO?
HA MAI SUBITO FRATTURE?	SÌ	NO	SE SÌ, QUALI?
HA MAI AVUTO EPISODI DI SVENIMENTO?	SÌ	NO	SE SÌ, QUANDO?
HA MAI SUBITO TRAUMI CRANICI?	SÌ	NO	SE SÌ, QUANDO?
HA MAI AVUTO AVVERTITO LA SENSAZIONE DI BATTITO IRREGOLARE?	SÌ	NO	SE SÌ, QUANDO?
FUMATORE / EX FUMATORE?	SÌ	NO	QUANTITÀ/DIE?

Dichiaro (spazio riservato ad ex-paziente Covid-19)		
DI ESSERE RISULTATO POSITIVO AL COVID-19 (ANCHE IN ASSENZA DI SINTOMI)	SÌ	DATA _____
DI ESSERE GUARITO DAL COVID-19	SÌ	DATA _____

Data _____

Firma _____

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 agli 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, il/la sottoscritto/a, in qualità di soggetto interessato e/o in qualità di responsabile genitoriale/tutore legale del soggetto sopraccitato, 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

Firma _____

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.

Autorizzo Non autorizzo

Firma _____

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

Luogo e Data, _____

Firma _____

COMPILAZIONE RISERVATA AL MEDICO

DATI ANTROPOMETRICI

ALTEZZA	PESO	CIRCONFERENZA	ALTRO

RILEVAZIONE VALORI PRESSORI

SATURAZIONE	FREQUENZA CARDIACA	PRESSIONE SISTOLICA	PRESSIONE DIASTOLICA

ESAME OBIETTIVO

NOTE RIFERITE				
ESAME OBIETTIVO CARDIOLOGICO	TONI RITMICI VALIDI, PAUSE LIBERE, T1 E T2 NORMALE	SÌ	NO	NOTE
ESAME OBIETTIVO POLMONARE	MURMURE VESCICOLARE SU TUTTO L'AMBITO	SÌ	NO	NOTE
ESAME OBIETTIVO ADDOMINALE	ADDOME TRATTABILE, ORGANI IPOCONDRIACI NEI LIMITI	SÌ	NO	NOTE
POLSI PERIFERICI	NORMOISOSFIGMICI	SÌ	NO	NOTE
ESAME OBIETTIVO POSTURALE	NULLA DA RIFERIRE	SÌ	NO	NOTE
VALUTAZIONE NUTRIZIONALE	NULLA DA RIFERIRE	SÌ	NO	NOTE