



## MEDICAL CENTER BRESSO

VICOLO VILLA N. 19 - 20091 BRESSO (MI) TEL. 02.6143113 – 02.66500870 - FAX 02.66507819

www.medicalcenterbresso.it – info@medicalcenterbresso.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

tipo documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**genitore o tutore esercitante la patria potestà**

di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_

ad accompagnare il proprio figlio alla visita medico-sportiva ed a firmare in propria vece.

\*\*\*\*\*

### **Informativa ai sensi dell'ex art. 13 del D.Lgs. 196/03 per il trattamento dei dati personali.**

1) Per dati personali s'intendono:

- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche;
- quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai DM 18/02/1982 e 04/03/1993;
- quelli spontanei da Lei forniti.

2) **I dati saranno raccolti:** in ottemperanza alla Legge Regionale 66/1981 e sopra richiamati Decreti;

3) **I dati saranno trascritti:** sulle Schede di Valutazione Medico Sportiva;

4) **I dati saranno comunicati:**

- **senza diagnosi clinica** alla Federazione e alla Società Sportiva o Ente di promozione Sportiva di riferimento;
- **in chiaro**, all'ASL competente per territorio;
- **in forma anonima**, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità.

Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato **non sarà possibile redigere il certificato** per carenza di documentazione.

### **CONSENSO ai sensi dell'art. 23 D L.gs 196/03**

**Firmando in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito e modalità di cui sopra e nei limiti di cui il mio consenso sia richiesto ai sensi di legge.**

Lì, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA ANAMNESI DA COMPILARE DA PARTE DEL FAMILIARE DELL'ATLETA MINORENNE**



## **ANAMNESI**

### **IN FAMIGLIA ( parenti prossimi) VI SONO STATI CASI DI :**

DIABETE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PARALISI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
INFARTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	IPERTENSIONE O ICTUS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### **L'ATLETA:**

SOFFRE DI MALATTIE CONGENITE?  SI  NO

SE SI QUALI: \_\_\_\_\_

HA SOFFERTO DI SCOGLIOSI?  SI  NO

HA SOFFERTO DI DISPLASIA DELL'ANCA?  SI  NO

HA AVUTO FORME REUMATICHE?  SI  NO

HA AVUTO EPISODI DI CONVULSIONI, EPILESSIA  
FORME FEBBRILI, CONVULSIVE O TIA?  SI  NO

SE SI QUALI: \_\_\_\_\_

### **E' MAI STATO RICOVERATO IN OSPEDALE PER:**

MALATTIE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	INFORTUNI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----------	-----------------------------	-----------------------------	-----------	-----------------------------	-----------------------------

INTERVENTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ACCERTAMENTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------	-----------------------------	-----------------------------

SE SI QUALI? \_\_\_\_\_

HA SUBITO TRAUMI CON PERDITA DI CONOSCENZA?  SI  NO

SOFFRE DI ALLERGIE?  SI  NO

SE SI QUALI: \_\_\_\_\_

HA MAI ESEGUITO ESAMI STRUMENTALI?  SI  NO

(eco- holter- test da sforzo massimale – tac – ecc...)

SE SI QUALI: \_\_\_\_\_

ASSUME ABITUALMENTE FARMACI?  SI  NO

SE SI QUALI: \_\_\_\_\_

ASSUME ABITUALMENTE ALCOLICI O STUPEFACENTI?  SI  NO

FUMA?  SI  NO