

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

AGGIORNAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI

questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o di uno dei genitori dell'atleta minorenni

Cognome _____ Nome _____

Sport praticato _____ Società _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Nel periodo trascorso fino ad oggi dall'ultima visita medico-sportiva eseguita presso questo Servizio, tra i familiari dell'atleta (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini) sono intervenute gravi malattie o decessi? SI NO

Se sì, indichi cosa è accaduto e a chi: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Dopo l'ultima visita medico-sportiva è mai stato ricoverato in ospedale (interventi chirurgici, malattie, traumi, altri problemi)? SI NO

Se sì, indichi il periodo e il motivo: _____

Nell'ultima stagione sportiva ha mai sospeso l'attività per malattie, infortuni, altri problemi? SI NO

Se sì, indichi il periodo e il motivo: _____

Soffre attualmente di particolari disturbi durante la pratica sportiva? SI NO

Se sì, li descriva: _____

Dall'ultima visita medico-sportiva ad oggi ha mai accusato:

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO SI NO

CUORE CHE BATTE IRREGOLARMENTE SI NO

SVENIMENTO - CAPOGIRI SI NO

Attualmente sta assumendo farmaci? SI NO

Se sì, indichi quali e per quale motivo: _____

Fa uso di occhiali o lenti a contatto? SI NO

Atleta di sesso femminile

Data della mestruazione più recente

Soffre di forti dolori mestruali? SI NO

Soffre di disturbi del ciclo? SI NO

Assume anticoncezionali? SI NO

PRO-MEMORIA PER L'ATLETA

Al momento della visita medica dovrà presentarsi munito di tessera sanitaria e documento di identità, eventuale documentazione sanitaria (*esami del sangue, lettere di dimissioni ospedaliere, esiti di visite specialistiche, ecc.*). Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente.

E', inoltre, buona norma arrivare alla visita in ottimali condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione della visita medica e degli accertamenti previsti dalla normativa in vigore per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica, acconsento a sottoporre l'atleta alla visita medico sportiva.

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 25694 DEL 20/6/86

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'atleta sopraindicato è non è stato/a sottoposto/a a precedenti visite medico sportive e che le notizie date nel presente questionario sono complete e veritiere. DICHIARA, inoltre, che l'atleta non ha accertamenti in sospeso relativi a tali visite presso altre strutture pubbliche o private.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003 AUTORIZZA, in qualità di legale rappresentante, il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e la comunicazione dei dati stessi ai soggetti ivi indicati.

_____ data

_____ firma dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minori

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

DELEGA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

avente patria potestà sul minore _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di: genitore altro _____
(specificare)

consapevole, essendo stato adeguatamente informato, delle indagini mediche cui verrà sottoposto il citato minore per il giudizio di idoneità/non idoneità presso il Servizio di Medicina dello Sport di cui in intestazione, per l'attività agonistica: (indicare lo sport) _____

al cui esercizio sono favorevole e consenziente, ed essendo **assolutamente impossibilitato** ad accompagnare il minore alla visita medico sportiva così come altri eventuali esercitanti la patria potestà e rendendomi responsabile di quest'ultima affermazione al cospetto degli aventi diritto,

DELEGO

il Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

ad accompagnare con piena responsabilità Sua personale il già citato minore alla visita medico sportiva presso il Servizio di Medicina dello Sport ed a tal fine, sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

che il delegato, MAGGIORENNE e munito di personale valido documento di identità, è stato da me informato circa eventuali patologie, invalidità, terapie in corso ed ogni altro elemento relativo allo stato di salute psico-fisica del minore in oggetto e della sua famiglia, che avrà cura di riferire in sede di visita.

data _____ Firma del delegante _____

data _____ Firma del delegato _____

ALLEGO ALLA PRESENTE DELEGA:

- COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO
- COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGANTE
- FOGLIO ANAMNESI COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E FIRMATO DAL GENITORE DELEGANTE

Il Servizio di Medicina dello Sport si riserva il diritto di rifiutare la prestazione in carenza dei requisiti prescritti ed in tutti i casi sia assolutamente richiesta la presenza del titolare della patria potestà. Il tutto fatto salve le disposizioni di Legge.