

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' FISICA

Nome..... Cognome.....

Età..... Luogo e data di nascita.....

Via..... Città..... Telefono.....

SPORT: MASCHIO FEMMINA

Istruzioni: esaminate le domande seguenti e rispondete nel modo più veritiero possibile

E' IMPORTANTE FORNIRE TUTTE LE INFORMAZIONI DEL CASO.

L'esercente la patria potestà deve firmare il modulo

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO:

	SI	NO	SPIEGAZIONI
Soffri di qualche cardiopatia cronica?			
Hai eseguito recentemente accertamenti cardiologici (ecocardio, test da sforzo, ecc)?			
Qualche membro della famiglia è morto improvvisamente o soffre di una cardiopatia?			
Ti è mai successo di svenire?			
Soffri di asma o di allergie?			
Hai mai avuto fratture ossee, hai mai portato un'ingessatura o ti sei mai fatto male ad un'articolazione (ginocchia, caviglie, ecc.)?			
Hai mai subito dei traumi con perdita di coscienza?			
Hai mai subito interventi chirurgici o ricoveri?			
Soffri di qualche malattia cronica o che necessita controlli e terapie regolari?			
Ti manca qualche organo (la milza, un rene, un occhio, ecc.)?			

PER LE RAGAZZE

A che età hai avuto la prima mestruazione?			
Le tue mestruazioni sono regolari?			

Consenso ai sensi dell'Art. 23 D. L.gs 196/03

Io sottoscritto/a.....

Quale rappresentante legale del minore, dichiaro di avere informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti di mio figlio/a e dichiaro inoltre che non è mai stato ritenuto non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge.

Autorizzo il trattamento dei dati personali e familiari relativi al minore di cui sopra, esclusivamente ai fini diagnostici, cura, prevenzione e ricerca. Tale consenso è esteso, limitatamente alle specifiche competenze professionali, ai Medici, nonché al Personale sanitario o amministrativo della cui collaborazione il Medico intendesse avvalersi.

Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Poliambulatorio di Medicina Sportiva Athaena srl in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento per il Centro è Silvia Colombo..

Ho esaminato con mio/a figlio/a le domande sopra presenti

Firma dell'esercente la patria potestà

Data.....

Via Ronzoni n. 3 - 24128 **BERGAMO**

Tel. **035.258888-035.400004** - Fax **035.400004**

centro@athaena.it - www.centroathaena.com

REG. IMP. Bg - C.F. - P. IVA 01445440165 - R.E.A. 207098

Cap. Soc. Euro 51.000,00 i.v.