

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ATLETA MINORENNE

NOMINATIVO ATLETA età

In famiglia (considerando parenti fino al 2° grado di parentela) vi sono:

- casi di patologie quali diabete, ipertensione, cardiopatie, epilessia

NO SI, se SI quali

- casi di morte improvvisa

NO SI, se SI descrivi

Per le Atlete femmine data prime mestruazioni data ultime mestruazioni

L'Atleta

- Fuma? NO SI, se SI da quanto tempo e in quale quantità giornaliera

- Assume Alcool? NO SI, se SI da quanto tempo e in quale occasione

- Ha sofferto in passato di malattie (oltre le normali malattie dei bambini)

NO SI, se SI quali

- Soffre attualmente di malattie che richiedono terapie farmacologiche e controlli medici periodici?

NO SI, se SI quali

- Assume farmaci abitualmente? NO SI, se SI quali

- Ha subito interventi chirurgici? NO SI, se SI quali

- Ha subito infortuni o traumi cranici? NO SI, se SI quali

- Ha avuto episodi di perdita di conoscenza?

NO SI, se SI quando e in quali circostanze

- Ha allergie note? NO SI, se SI quali

Altro da dichiarare

.....

.....

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto (nominativo titolare di potestà genitoriale)

DICHIARO

- di aver informato il Medico delle esatte ed attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti del minore;

- che il minore non è mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite sportive;

- che il minore non è in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico.

Data Firma del Genitore/Tutore

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), Habilita S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, dichiara che i dati personali dell'interessato saranno trattati al fine di erogare la prestazione sanitaria richiesta, finalizzata al rilascio del certificato di idoneità per la pratica agonistica, nonché compiere i connessi adempimenti amministrativi e legali. L'informativa completa è disponibile sul sito internet di Habilita, www.habilita.it.