



Ospedale
di Bergamo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

U.O.C. Ortopedia e traumatologia

Direttore: **Prof. Claudio Castelli**

Centro di Medicina dello Sport

Responsabile: **Dott. Giacomo Poggioli**

FOGLIO ANAMNESTICO

Per minorenni non accompagnati da un genitore: compilare e restituire firmato al Centro di Medicina dello Sport

Cognome e nome..... Nato il

Società sportiva di affiliazione

ANAMNESI FAMILIARE

Nella famiglia di origine ci sono casi di diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiache o morte improvvisa (genitori, fratelli, zii, nonni) ? Specificare malattia, età di insorgenza e di eventuale decesso:

.....

ANAMNESI PERSONALE del ragazzo/a

Quali sport pratica, da quanti anni e quante volte si allena per settimana?

.....

Alcolici:..... Sigarette: Caffè (specificare quantità e frequenza)

Assume abitualmente farmaci? Se sì, quali e perché:

.....

Per le femmine: a quanti anni ha avuto le prime mestruazioni? e quando le ultime?

Porta occhiali da vista ? Lenti a contatto ? per:

Ha avuto malattie importanti? Se sì, quali e quando:

.....

.....

Ha subito fratture, traumi cranici o interventi chirurgici? Se sì, quali e quando :

.....

.....

.....

E' stato comunque ricoverato in ospedale? Dove, quando e perché:

.....

.....

.....(allegare eventuale fotocopia della cartella clinica).

Data **Firma del genitore o tutore**

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Direzione: ...Tel. 035 390689
Segreteria: ... “ 035 390622 / 390671

Centro di Medicina dello Sport – Via Borgo Palazzo, 130 24125 Bergamo

Caposala: Tel. 035 390672
Fax: “ 035 390683

Ambulatori: Tel. 035 390688
E-mail: ... medsportseg@asst-pg23.it



Ospedale
di Bergamo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e **di non : essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali** e do' atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.
Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Firma del dichiarante (o del tutore se minore)

.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D. LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

- 1 Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore
 - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.2.1982 e 04.3.1993;
 - quelli da lei forniti spontaneamente.
- 2 I dati vengono da noi raccolti con esclusiva finalità di effettuare quanto previsto da i decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981 .
- 3 I dati verranno riportati sulle "Schede di Valutazione Medico sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art. 31 e seguenti del D. L.gs 196/03
- 4 I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alla Società sportiva e alla Federazione o Ente di promozione sportiva di riferimento;
 - in chiaro, alla ASL competente per territorio;
 - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
- 5 Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D. L.gs., i Suoi diritti in ordine di trattamento dei dati personali.
- 6 Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il **Centro di Medicina dello Sport del ASST-Papa Giovanni XXIII di Bergamo** nella persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il **Dr. Giacomo Poggioli**, Responsabile del Centro.
- 7 Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Firma _____

CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 23 D.L.gs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati a terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome _____ Cod. Fisc. _____

Nato/a a _____ il _____

Data _____

Firma leggibile dell'interessato/a
o del tutore se minore _____

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Direzione: ...Tel. 035 390689
Segreteria: ... " 035 390622 / 390671

Centro di Medicina dello Sport – Via Borgo Palazzo, 130 24125 Bergamo

Caposala: Tel. 035 390672
Fax: " 035 390683

Ambulatori: Tel. 035 390688
E-mail: ... medsportseg@asst-pg23.it