

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

- Ha/ha avuto parenti cardiopatici, che hanno avuto infarto al cuore, che sono operati al cuore, che sono deceduti per malattia di cuore? SI  NO

Se si; quali parenti? (genitori, fratelli, zii, cugini, nonni): \_\_\_\_\_

- Ha mai perso conoscenza? (svenimenti, convulsioni, traumi cranici con coma) SI  NO

- Fuma? SI  NO

Se si, quante sigarette al giorno? \_\_\_\_\_

- E' mai stato ricoverato in ospedale? SI  NO

Se si, per quale motivo? \_\_\_\_\_

- Malattie importanti (es.: epatite, meningite, diabete, asma o altro):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Interventi chirurgici (es.: tonsille, adenoidi, appendicite, ernia, varicocele o altro):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Infortuni (es.: fratture, distorsioni, rottura di legamenti, lesioni dei menischi o altro):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Assume farmaci in modo continuativo? SI  NO

Se si, quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

del genitore/tutore se minore

## ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto ad esame strumentale per la valutazione cardiaca mediante Test ergometrico al cicloergometro e/o Test di Master.

Dichiara di essere a conoscenza che tale test contiene intrinsecamente un margine di rischio per lo sviluppo di ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche. Tale Test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.

Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver posto in essere comportamenti tale da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica dello stress.

Dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di **non essere mai stato dichiarato non idoneo, di 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 fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dell'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

FIRMA \_\_\_\_\_  
del genitore/tutore se minore

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI ALL'INFORMATIVA PRIVACY "MEDICINA DELLO SPORT"

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### DICHIARO

di aver ricevuto opportuna informativa riguardo il trattamento dei dati personali da parte di **S. Martino Fisiokinesiterapia di Provenzi Gian Franco & C. s.a.s.**, di averla letta e compresa.

### **PRESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI, OVVERO IDONEI A RILEVARE LO STATO DI SALUTE,**

per la finalità di corretto svolgimento delle attività necessarie per la diagnosi relativa a medicina dello sport e per ogni prestazione correlata richiesta dal paziente, farmaceutica e specialistica.

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
del genitore/tutore se minore