

Io sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a il a prov

Residente a Indirizzo

Documento di identità (tipo/numero) rilasciato il

DEL QUALE ALLEGO FOTOCOPIA

In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale di

Cognome

Nome

Nato/a il a prov

DELEGO

Il sig./sig.ra

Cognome

Nome

Nato/a il a

AD ACCOMPAGNARE IL MINORE DI CUI SOPRA PER LA VISITA MEDICA C/O IL VOSTRO CENTRO

MILANO

firma leggibile

INFORMATIVA D. Lgs 196/2003

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30.06.2003 PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI O GIUDIZIARI

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelandola Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 4 del D.lgs. 196/2003). Ai sensi dell'articolo 13 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. il titolare del trattamento è: Centro Medico Loreto Nove Srl;
2. il responsabile del trattamento è: Dott. Massimiliano Mantovani;
3. al titolare del trattamento o al Responsabile sopra indicato Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 e segg. del D.lgs. n. 196/2003, di cui è a disposizione copia in caso di sua richiesta.

Pertanto in relazione ai dati sensibili che Lei potrebbe fornire e che verranno da noi sottoposti esclusivamente ai trattamenti obbligatori per legge ed in relazione ai fini previsti dalla legge, Le verrà richiesto di esprimere il Suo consenso.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 della D.lgs. n. 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 4 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, e i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"

MILANO

firma leggibile



SI PREGA DI COMPILARE CON ATTENZIONE E IN OGNI SU PARTE LA SCHEDA ANAMNESTICA. Qualora dovessero rimanere dei dubbi sulla comprensione o la compilazione della scheda, non esitare a chiedere chiarimenti al Medico Specialista.

il paziente **ATTUALMENTE** gode di BUONA SALUTE?

ha avuto di recente la FEBBRE o **altri sintomi COVID SIMILI**?

ha avuto di recente uno SVENIMENTO?

assume dei FARMACI?

Quando il paziente pratica sport, accusa DOLORI / FORTE STANCHEZZA o altri disturbi?

FUMA? Quante sigarette?

ALCOL?

DONNE

Menarca (età) ciclo (regolare?)

Nella FAMIGLIA di origine del paziente (genitori, fratelli/sorelle, nonni, zii, cugini 1° grado) si sono mai verificati **PRIMA DEI 70 ANNI**:

INFARTI

ICTUS /TROMBOSI

CASI DI PRESSIONE ALTA

MORTI IMPROVVISE SENZA MOTIVO

MALFORMAZIONI CARDIACHE E/O OPERAZIONI CHIRURGICHE AL CUORE

DIABETE

MALATTIE DI CUORE/ARITMIE CARDIACHE

Se si specificare chi ne soffre, a che età ha cominciato a soffrirne e altre notizie ritenute utili

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il paziente ha mai sofferto, recentemente o in passato, di:

SVENIMENTI / PERDITE DI COSCIENZA

MALATTIE RILEVANTI

ASMA/ALLERGIE

REUMATISMI NEL SANGUE

MALATTIE ESANTEMATICHE

Se si specificare quando ne ha sofferto e altre notizie ritenute utili

.....
.....
.....
.....

Il paziente ha mai subito INTERVENTI CHIRURGICI? Quali e a che età

.....
.....
.....
.....

Il paziente ha mai subito INFORTUNI / TRAUMI? Quali e a che età

.....
.....
.....
.....

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti del paziente e che NON E' MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO, NON HA IN CORSO SOSPENSIONI o E' IN ATTESA DI GIUDIZIO DA PARTE DI ALTRO CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT.

firma