

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Luogo di nascita _____ Data di Nascita _____ Sesso _____

Indirizzo di Residenza: _____ Codice Fiscale _____

Questionario anamnestico

Anamnesi familiare:

Anamnesi fisiologica

Alimentazione Libera regime dietetico in atto _____

Uso di farmaci Si No
quali e perchè _____

Malattie sofferte:

Traumi avvenuti nell'ultimo anno:

Interventi chirurgici subiti Si No quali _____

Infortunati rilevanti o fratture Si No quali _____

Traumi cranici Si No

INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

La informiamo, ai sensi dell'art. 134 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 (subentrato alla Legge n. 675 del 31/12/1996), che i dati personali forniti in funzione ed all'atto della prestazione richiesta sono acquisiti per fini amministrativi, sanitari, in attuazione ad obblighi di Legge e strettamente connessi e strumentali all'ottimale erogazione del servizio richiesto.

Ai fini sopra indicati, saranno raccolti e trattati anche i dati personali considerati "sensibili" come previsto dall'art. 26 della Legge, vale a dire i dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati potranno essere utilizzati e/o conosciuti da personale incaricato e dal responsabile del trattamento degli stessi, operanti per conto del Dr. Alessandro Grassi. Qualora Lei ritenga di non fornire il Suo consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali, il Dr. Alessandro Grassi si troverà nella circostanza di non poter effettuare la prestazione richiesta. Titolare del trattamento dei dati è Alessandro Grassi. In relazione a quanto sopra, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici. Lei potrà far valere i Suoi diritti, così come disciplinati dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003, rivolgendosi al responsabile del trattamento dei dati, per le disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003, presso la sede dello Studio Medico.

CONSENSO EX ART. 76 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il/La sottoscritto/a (il genitore in caso di minore di 18 anni) _____ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 ed esprime il consenso al trattamento e all'archiviazione dei dati personali, con particolare riguardo a quelli detti "sensibili", così definiti dall'art. 26 del citato Decreto Legislativo, secondo le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.

Data _____

Firma _____

Dott. Alessandro GRASSI- Medicina Generale – Medicina dello Sport

Via Grazzano, 41 - 33100 Udine

Centro Medico Margherita - Lestans

Esame obiettivo

Trofismo _____ Peso Kg. _____ Statura cm. _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio: _____

P.A. a riposo _____ / _____

Addome ed organo genitali: _____

Arti: _____

Acuità visiva: naturale OD _____ /10 OS _____ /10 _____

corretta OD _____ /10 OS _____ /10 _____

Conclusioni esame obiettivo: _____
