

## **NORME PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICO SPORTIVA NON AGONISTICA**

Portare:

- **TESSERA SANITARIA REGIONE LOMBARDIA/CODICE FISCALE**
- **CARTA DI IDENTITA'**
- L'ATLETA oppure il GENITORE (se minore) deve presentare i MODULI allegati GIA' COMPILATI E FIRMATI. Redigere eventualmente anche il modulo DELEGA se il genitore è impossibilitato ad accompagnare l'atleta con una fotocopia del proprio documento di identità.
- **in caso di pregresse patologie, DOCUMENTAZIONE MEDICA ED ESAMI DI LABORATORIO SE EFFETTUATI (soprattutto se CARDIOLOGICA).**

Rimaniamo a disposizione per eventuali chiarimenti.

**In studio è obbligatorio indossare la mascherina.**

Rimaniamo a disposizione per eventuali chiarimenti.

Cordiali Saluti

**Staff KINESIS**

**SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA** \_\_\_\_\_

## **DATI PAZIENTE**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO RESIDENZA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

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

MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

## **COME HA CONOSCIUTO KINESIS**

- GOOGLE
- FACEBOOK
- CONOSCENTE
- ALTRO NOSTRO PAZIENTE
- DOTTORE Chi? \_\_\_\_\_
- SITO FONDO ASSICURATIVO Quale? \_\_\_\_\_
- ALTRO Specificare \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO

Cognome .....  
 Nome .....  
 Data di nascita .....  
 Nome e Cognome del Genitore (se minore) .....

### Consenso informato:

- Dichiaro di essere a conoscenza delle prestazioni diagnostiche (ecografie e visite specialistiche delle varie branche) e terapeutiche e dei costi attuali presso Kinesis Studio Medico Polispecialistico e Fisiokinesiterapia.
- Dichiaro di essere a conoscenza dei criteri e delle modalità di accesso presso Kinesis Studio Medico Polispecialistico e Fisiokinesiterapia.
- Dichiaro di essere stato messo a conoscenza delle finalità terapeutiche a cui sarò sottoposto e agli eventuali inconvenienti connessi.

Accetto pertanto di sottopormi ai trattamenti riabilitativi (fisioterapici e podologici) e visite specialistiche secondo le procedure attuate presso Kinesis Studio Medico Polispecialistico e Fisiokinesiterapia. E' possibile che la terapia fisioterapica non risolva il problema manifestato. E' perciò obbligo rivolgersi al proprio medico curante o allo specialista competente per gli ulteriori accertamenti diagnostici. I pazienti portatori di stimolatori elettrici (pacemaker ecc.) devono informare il personale sanitario addetto prima di accedere all'area destinata alle terapie fisiche.

Con la sottoscrizione della presente si dichiara altresì di aver preso visione dell'**informativa pazienti** sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Eu. 679/2016, consultabile anche sul sito web istituzionale all'indirizzo [www.fisiokinesis.it](http://www.fisiokinesis.it), e di acconsentire al trattamento dei dati con le modalità indicate.

Cardano al Campo, ..... Firma .....

Firma del genitore/tutore in caso di minore .....



## CONSENSO INFORMATO per VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATTIVITA' NON AGONISTICA

Cognome .....  
 Nome .....  
 Data di nascita .....  
 Nome e Cognome del Genitore (se minore) .....

### Consenso informato:

- Dichiaro di essere stato messo a conoscenza delle procedure attuate per la visita medica sportiva non agonistica a cui sarò sottoposto.

Accetto pertanto di sottopormi alla visita medica non agonistica secondo le procedure attuate presso Kinesis Studio Medico Polispecialistico e Fisiokinesiterapia.

Con la sottoscrizione della presente si dichiara altresì di aver preso visione dell'**informativa pazienti** sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Eu. 679/2016, consultabile anche sul sito web istituzionale all'indirizzo [www.fisiokinesis.it](http://www.fisiokinesis.it), e di acconsentire al trattamento dei dati con le modalità indicate.

Cardano al Campo, ..... Firma .....

Firma del genitore/tutore in caso di minore .....



Io sottoscritto

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

in qualità di genitore/tutore

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

**DELEGO**

il Sig.re/ la Sig.ra

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

ad accompagnare mio figlio/mia figlia alla visita medico sportiva che si terrà presso lo Studio Professionale di Medicina Sportiva sito presso lo Studio Medico Kinesis di Cardano al Campo, in data \_\_\_\_\_ .

Allego alla seguente delega fotocopia di un mio documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_