

# Questionario sullo stato di salute



Nome		Cognome	
Indirizzo			
Città	Nazione	CAP	
Codice Fiscale			
Email		Numero cellulare	
Numero fisso			
Data di nascita		Sesso (spunta)	Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/>
Nome contatto di emergenza		Numero contatto di emergenza	
Come ci hai conosciuti?			

Se rispondi sì ad una delle seguenti domande, ti chiederemo ulteriori informazioni e potremmo richiedere di consultare il tuo medico prima di partecipare ad uno dei nostri allenamenti. Le risposte da te fornite non sostituiscono in alcun modo una visita medica.

Ti hanno mai diagnosticato una malattia cardiaca?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ti è mai stato raccomandato di svolgere esercizio fisico solo sotto supervisione medica?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Senti dolore al petto a riposo o durante l'attività fisica?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soffri di epilessia?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ti è mai stata diagnosticata la pressione alta?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Perdi mai conoscenza o controllo del tuo equilibrio a causa di capogiri?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sei incinta o hai partorito negli ultimi tre mesi?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sei mai stato dichiarato non idoneo all'esercizio fisico?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Dettagli di eventuali domande a cui hai risposto sì

Soffri o hai mai sofferto di malattie, operazioni o disturbi che riguardano:

<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Commozioni cerebrali	<input type="checkbox"/> Reumatismi	<input type="checkbox"/> Malattia psichiatrica
<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Tiroide	<input type="checkbox"/> Occhi	<input type="checkbox"/> Malattia del sangue
<input type="checkbox"/> Aritmie cardiache	<input type="checkbox"/> Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Ossa/Osteoporosi
<input type="checkbox"/> Sistema Nervoso	<input type="checkbox"/> Malattie polmonari	<input type="checkbox"/> Cancro	<input type="checkbox"/> Altro

Se hai spuntato una o più malattie, quali disturbi sono ancora attuali?

# Questionario sullo stato di salute



Hai dolori/disturbi/patologie o hai mai subito interventi chirurgici/infortuni/lesioni/fratture che riguardano:

Sì	No		dx	sx	Cosa	Quando
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avambraccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coscia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ginocchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gamba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendine d'achille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caviglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Quali disturbi/dolori sono ancora attuali?

Segui delle terapie? Ad esempio fisioterapia, osteopatia, ...

Sei attivo in qualche sport, palestra o attività fisica? Se sì, con quale frequenza?

Hai mai fatto Pilates? Se sì, dove e di che tipo? Ad esempio in uno studio professionale o in palestra? A corpo libero o con i macchinari Reformer?

# Questionario sullo stato di salute



Qual è la tua professione? Quali sono le tue abitudini giornaliere? Ad esempio seduto davanti al pc, sollevare pesi, ...

Quali sono i tuoi obiettivi? Cosa vuoi ottenere dai nostri allenamenti?

Con la presente anamnesi dichiaro di aver fornito tutte le informazioni sul mio stato di salute. Accetto di informarvi di eventuali modifiche future alle risposte sopra indicate prima di continuare l'attività fisica con AV Pilates Studio Milano. Acconsento ad utilizzare le informazioni da me fornite in questo modulo insieme a qualsiasi altra informazione che potrei fornirvi per determinare se gli esercizi svolti insieme in studio oppure online sono appropriati per me e, se necessario, a richiedere ulteriori informazioni al mio medico o ad altri specialisti.

Firmando questo modulo accetto l'utilizzo delle mie informazioni come indicato nello stesso.

Firma

Data

Spunta la casella se NON desideri essere contattato via email

## AV Pilates Studio Milano - Protezione dei Dati

Grazie per averci fornito le tue informazioni, poiché ciò ci assicura di avere i dettagli più aggiornati per quanto riguarda la tua partecipazione alle nostre lezioni. Trattiamo i tuoi dati personali con cura e ci conformeremo ai requisiti per mantenere queste informazioni al sicuro come previsto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR). Questo significa che garantiremo misure di sicurezza adeguate per mantenere i tuoi dati (elettronici o di altro tipo) al sicuro. Ti chiederemo di tanto in tanto di verificare che le informazioni che abbiamo su di te siano aggiornate. Inoltre, non trasmetteremo né venderemo le tue informazioni a terze parti ed elimineremo le tue informazioni se ce lo richiedi in qualsiasi momento, o automaticamente 24 mesi dopo la tua ultima visita. **Per noi è essenziale che ci informi di eventuali questioni mediche/sanitarie che sono cambiate/sono rilevanti per la tua partecipazione alle nostre lezioni, dopo il completamento di questo modulo, in modo che ne siamo a conoscenza e possiamo aggiornare i nostri registri di conseguenza, nell'interesse della tua salute e sicurezza.** Se hai dubbi o desideri discutere di questa questione, ti preghiamo di contattarci e parlarne con noi.

Ti preghiamo di firmare qui sotto per dare il consenso a come trattiamo e gestiamo le tue informazioni personali:

Io sottoscritto do il mio consenso a AV Pilates Studio Milano di memorizzare le mie informazioni personali in conformità con quanto sopra.

Firma .....

Data .....