



Centro Eufrasia

Professionisti per la tua salute
Via di Boccea 597a, 00166 Roma (RM)

Cognome e nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice fiscale

Professione

Come mi hai conosciuto?

TEL:

MAIL:

Come mai questa visita?

Fai sport? Se sì, cosa?

Se sì, con che frequenza e in che momento della giornata?

Come è il sonno? riposi bene? oppure ti risvegli spesso e fai fatica a svegliarti?
fatica a prendere sonno?

Raccontami come è cambiato il tuo peso negli anni, peso massimo e peso minimo
raggiunto

Hai mai seguito delle diete? se sì di che tipo e come sono andate?

Assumi integratori?

Assumi farmaci?

Ci sono patologie diagnosticate?

In famiglia ci sono patologie?

Hai mai controllato gli ormoni tiroidei o fatto un eco?

Hai subito delle operazioni?

Soffri di qualche disturbo digestivo?

Al bagno sei regolare?

Ci sono problemi al fegato o alla colecisti?

Il ciclo è regolare? L'ultima mestruazione?

Hai avuto delle gravidanze? quante portate a termine?

RACCONTAMI LA TUA GIORNATA

Colazione: verso che ora? che cosa mangi?

Spuntino a metà mattina? se sì, cosa?

Pranzo: dove pranzi? cosa mangi di solito?

Nel pomeriggio fai uno spuntino? cosa?

Cena verso che ora ceni? cosa mangi di solito?

Dopocena fai uno spuntino?

Fumi? se si quanto?

Bevi alcol ai pasti?

Consumi regolarmente bevande gassate o succhi di frutta?

Quanti caffè nella giornata?

Acqua?

Cosa non ti piace mangiare?

Cosa ti piace mangiare con piacere?

Ci sono allergie o intolleranze diagnosticate?

Cosa ti aspetti dal tuo piano alimentare?

PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, in relazione ai dati personali che La riguardano e che saranno oggetto del trattamento, La informo di quanto segue.

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di consulenza nutrizionale e creazione del piano alimentare, connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito;
2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici;
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza.
4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati ed al professionista esterno che, in qualità di responsabile del trattamento, cura la contabilità della Dott.ssa Raponi. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali;
5. Il titolare del trattamento è la Dott.ssa Raponi, con studio in Roma, Via di Boccea 597a
6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento.
7. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali;
8. I Suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie.
9. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese;

Il sottoscritto.....

nato a..... il....., dopo avere letto la superiore informativa, da il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate

Data Firma Leggibile

