

Azienda Ospedaliera di Verona
SERVIZIO DI TRAUMATOLOGIA E MEDICINA DELLO SPORT

Ospedale Civile Maggiore

Responsabile: Dr Gian Maria Giulini

Tel 045/8122721 – 8122699 Fax 045/8122744

e-mail: medicinadellosport.ocm@azosp.vr.it Sito: www.medicinadellosportverona.it

FOGLIO ANAMNESTICO per minorenni NON accompagnati da un genitore:

Cognome e Nome _____ nato il _____

Società sportiva di affiliazione **U.S. SAVAL MADDALENA ASD – VERONA**

ANAMNESI FAMILIARE

Nella famiglia di origine ci sono casi di diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiache o morte improvvisa (genitori, fratelli, zii, nonni)? Specificare malattia, età di insorgenza e di eventuale decesso:

ANAMNESI PERSONALE del ragazzo:

Quali sports pratica, da quanti anni e quante volte si allena per settimana? _____

Alcolici _____ Sigarette _____ Caffè _____ (specificare quantità e frequenza)

Assume abitualmente farmaci? _____ Se sì, quali e perché: _____

Porta occhiali da vista? _____ Lenti a contatto? _____ per _____

Ha avuto malattie cardiache, episodi lipotimici (svenimenti) ed ipertensivi? _____

Se sì, quali e quando: _____

Ha avuto malattie importanti? _____ Se sì, quali e quando: _____

Ha subito fratture, traumi cranici o interventi chirurgici? _____ Se sì, quali e quando:

E' stato comunque ricoverato in ospedale? _____ Dove, quando e perchè: _____

(allegare eventuale fotocopia della cartella clinica)

DICHIARA: inoltre di non essere stato sottoposto ad accertamenti per il rilascio dell'idoneità agonistica negli ultimi 12 mesi.

Verona, _____ Firma del genitore o tutore _____

Compilare e consegnare firmato al Servizio con allegata fotocopia di documento in corso di validità del genitore o tutore

IN MANCANZA DEL PRESENTE FOGLIO DEBITAMENTE FIRMATO NON VERRA' RILASCIATO IL CERTIFICATO DI IDONEITA'