

FOGLIO ANAMNESTICO

NOME E COGNOME ATLETA _____

DATA DI NASCITA _____

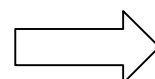
ÿ 1^ VISITA

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA Se la risposta è Si specificare il familiare e tipo di patologia

Morte improvvisa	No	Si	_____
Malattie di cuore	No	Si	_____
Ipertensione	No	Si	_____
Dislipidemia (Colesterolo e Trigliceridi)	No	Si	_____
Tumori	No	Si	_____
Asma	No	Si	_____
Diabete	No	Si	_____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Morbillo	No	Si	Varicella	No	Si	Rosolia	No	Si
Epatite virale	No	Si	Parotite	No	Si	Febbre reumatica	No	Si
Asma	No	Si	Polmonite	No	Si	Malattie di cuore	No	Si
Epilessia	No	Si	Allergia	No	Si	Malattie renali	No	Si
Pleurite	No	Si	Diabete	No	Si	Scarlattina	No	Si
Ipertensione	No	si						
Altro specificare _____								



TRAUMI SPORTIVI E/O FRATTURE

SI QUALI _____

NO

RICOVERI OSPEDALIERI O INTERVENTI

SI QUALI _____

NO

PATOLOGIE IN ATTO

SI QUALI _____

NO

TERAPIE IN ATTO O USO ABITUALE DI FARMACI

SI QUALI _____

NO

ÿ VISITA SUCCESSIVA

ÿ RISPETTO AL PRECEDENTE CONTROLLO SI SEGNALE: _____

IN PARTICOLARE NEGA LIPOTIMIE E/O EPISODI SINCOPALI, CARDIOPALMO, DOLORI TORACICI, TRAUMI CRANICI.

ÿ NULLA DI NUOVO DA SEGNALARE RISPETTO AL PRECEDENTE CONTROLLO.

IN PARTICOLARE NEGA LIPOTIMIE E/O EPISODI SINCOPALI, CARDIOPALMO, DOLORI TORACICI, TRAUMI CRANICI.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ dichiara di aver informato il Medico visitatore riguardo le proprie condizioni psicofisiche in modo esatto.
Dichiara inoltre di non essere stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite mediche sportive.
Esprime inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy (D.Lgs.vo n. 196/2003), il consenso a trattare i propri dati, personali e sensibili per le finalità connesse alla propria richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Firma del dichiarante o di chi ne fa le veci _____

DATA _____