



COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____ CODICE FISCALE _____
ABITANTE A _____ PROVINCIA DI _____
IN VIA _____ TEL _____
ATTIVITÀ DI STUDIO O LAVORO _____

IN PASSATO HA GIÀ FATTO LA VISITA SPORTIVA NO SÌ _____ se SÌ, È RISULTATO IDONEO NON IDONEO
SE NON IDONEO PER QUALE MOTIVO? _____

ANAMNESI FAMILIARE

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

	NO	Sì (se Sì, scrivere il familiare in questione)
MALATTIE DI CUORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORTE IMPROVVISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFARTO DEL MIOCARDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLESTEROLO ALTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETE MELLITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUMORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI FISIOLÓGICA

FUMATORE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ (se Sì, da quanti anni e quante al giorno?)
ASSUME ALCOLICI	<input type="checkbox"/>	(se Sì, quanto?)
ASSUME CAFFÈ	<input type="checkbox"/>	(se Sì, quali?)
Assume regolarmente	<input type="checkbox"/>	(se Sì, quali?)
FARMACI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTEGRATORI ALIMENTARI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto / Soffre di :

	NO	Sì (se Sì, specificare)
ASMA BRONCHIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRE MAL.RESPIRATORIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SVENIMENTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE DEL CUORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALPITAZIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORE TORACICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESSIONE ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISTURBI VISIVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERTIGINI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETE MELLITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLESTEROLO ELEVATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE GASTRO-INTESTINALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE DEL FEGATO/VIE BILIARI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE MUSCOLO/SCHIELETRICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE NEUROLOGICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRE MALATTIE ENDOCRINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE PSICHIATRICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEOPLASIE(TUMORI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hai subito :

	NO	Sì (se Sì, specificare quali e a che età)
INTERVENTI CHIRURGICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRATTURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUSSAZIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISTORSIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAVI TRAUMI CRANICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRI INFORTUNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hai subito :

ALLERGIE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
----------	-----------------------------	-----------------------------

Usa :

OCCHIALI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
LENTI A CONTATTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non esser mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della

Legge sulla privacy n°675/96, il consenso a trattare i miei dati personali, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Luogo e Data _____ Firma del dichiarante o di un genitore se minorenne _____