

DATI PERSONALI

COGNOME :
NOME : M F

CODICE FISCALE :

NATO IL : A :
DOCUMENTO DI IDENTITA' : C.ID. PAT. Numero : Data rilascio :
.....

ANAMNESI FAMILIARE

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SI : PADRE / MADRE / NONNI / altro :
CARDIOPATIA ISCHEMICA / INFARTO NO SI : PADRE / MADRE / NONNI / altro :
MORTE IMPROVVISA GIOVANILE NO SI : PADRE / MADRE / NONNI / altro :
DIABETE NO SI : PADRE / MADRE / NONNI / altro :

ANAMNESI PERSONALE

ALIMENTAZIONE VARIA DIETA IN ATTO :
FUMO NO SI
ALCOL NO SI
IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SI
DISLIPIDEMIA NO SI
PATOLOGIE CARDIO-VASCOLARI NO SI : quali
(es: aritmie, valvulopatie, ischemia, infarto, PACE MAKER ..) - (es : ictus, aterosclerosi, aneurismi ..)
PATOLOGIE RESPIRATORIE NO SI : quali
(es: asma, BPCO, enfisema, bronchiectasie, apnee ostruttive del sonno ...)
PATOLOGIE ENDOCRINOLOGICHE NO SI : quali
(es: diabete, ipo-iper tiroidismo, ipo-iper surrenalismo ...)
PATOLOGIE NEFROLOGICHE NO SI : quali
(es: calcolosi, insufficienza renale, rene policistico ...)
PATOLOGIE GASTROENTEROLOGICHE NO SI : quali
(es: reflusso, gastrite, colite cronica, celiachia, morbo di crohn, diverticolosi ...)
PATOLOGIE NEUROLOGICHE NO SI : quali
(es: ictus, epilessia, cefalee, alzheimer, parkinson, sclerosi multipla, demenza ...)
FRATTURE – TRAUMI MAGGIORI NO SI : quali
FARMACI IN USO NO SI : quali

ANAMNESI SPORTIVA

INTENSITA' ATTIVITA' SPORTIVA PRATICATA BASSA MEDIA ALTA
MEDIA ALLENAMENTI A SETTIMANA 1 2 3 4 5 6
DURANTE LA PRATICA SPORTIVA, HA MAI ACCUSATO :
- SVENIMENTI IMPROVVISI NO SI
- DOLORE TORACICO NO SI
- STANCHEZZA ATIPICA NO SI
- FATTE PRECEDENTI VISITE SPORTIVE ? NO SI : IDONEO / NON IDONEO

data

firma

se minore, firma di chi ne fa le veci

DOCUMENTO DI ACCETTAZIONE

- Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita da me stesso (o se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile) inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio del medico visitante
- dichiaro di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico sportiva presso altre strutture di medicina dello sport
- dichiaro di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti, di essere a conoscenza che droghe, alcol e fumo sono dannosi alla salute
- acconsento al trattamento dei miei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva
- accetto di sottopormi agli accertamenti medici previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva non agonistica
- ai sensi del DL 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali") avente per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei miei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva
- acconsento al trattamento dei miei dati anamnestici e personali finalizzato alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

data

firma

se minore, firma di chi ne fa le veci

(padre – madre - tutore legale)