



- VISITA AGONISTICA Sport
- VISITA NON AGONISTICA Società sportiva

DATI DELL'ATLETA

Cognome..... Nome

Nato a il Sesso..... Età.....

Telefono E-mail

MODULO DI ANAMNESI

ANAMNESI FAMILIARE - Tra i tuoi nonni, genitori, fratelli qualcuno ha avuto (in caso affermativo specificare)

Diabete No Sì

Ipertensione arteriosa No Sì

Malattie cardiache (infarto, cardiomiopatie, aritmie) / ictus No Sì

Morte improvvisa giovanile (< 50 anni) No Sì

ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA

Alimentazione Libera regime dietetico (specificare)

Alcolici e superalcolici Astemio Occasionale Bevitore Ex bevitore

Fumo No Sì n. sigarette/giorno Ex fumatore da quanto?

Uso abituale di farmaci No Sì

Hai o hai avuto una di queste condizioni? (in caso affermativo specificare)

Diabete No Sì

Ipertensione arteriosa No Sì

Malattie / aritmie cardiache No Sì

Malattie neurologiche / epilessia No Sì

Traumi cranici No Sì

Malattie renali No Sì

Asma / patologie respiratorie No Sì

Allergie No Sì

Interventi chirurgici No Sì

Infortuni rilevanti / fratture No Sì

Altro da segnalare

ANAMNESI SPORTIVA

Numero allenamenti settimanali Durata singolo allenamento

Durante l'attività sportiva, hai mai accusato:

Disturbi improvvisi No Sì Svenimenti No Sì Dolori al petto No Sì Affaticamento marcato No Sì

Hai mai eseguito visite di idoneità sportiva? No Sì

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo? No Sì

Ti sono mai stati richiesti accertamenti integrativi ai fini del rilascio dell'idoneità sportiva? No Sì

(ecocardio, holter, test da sforzo, ecc)

DICHIARAZIONI DELL'ATLETA

- Dichiaro che tutte le informazioni anamnestiche e personali fornite sono veritiere, complete e corrette, e sono a conoscenza che eventuali omissioni o dichiarazioni non veritiere possono compromettere il giudizio medico.
- Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla prova da sforzo (dove prevista).
- Vista l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e riconosciuto che il trattamento dei dati personali effettuato per dare esecuzione ad adempimenti di natura amministrativa e fiscale strettamente connessi con la prestazione sanitaria richiesta non necessitano del mio consenso (ai sensi dell'art.6 b-c GDPR), dichiaro invece quanto segue:

rilascio **non rilascio** il consenso al trattamento dei dati per l'invio tramite e-mail di copia del referto o della fattura

rilascio **non rilascio** il consenso di invio e-mail/sms di promemoria (es. promemoria appuntamento, scadenza certificato)

Data

Firma

(del genitore o di chi ne fa le veci in caso di atleta minore)



ESAME OBIETTIVO
(da compilarsi a cura del Medico)

Trofismo **Peso**Kg **Statura** cm

Apparato locomotore

Torace ed apparato respiratorio

Apparato cardiocircolatorio

Pressione arteriosa a riposo/..... mmHg

Addome ed organo genitali

Arti

Acuità visiva **naturale** ODx /10 OSx /10 **corretta** ODx /10 OSx /10

Senso cromatico

Udito

Conclusioni esame obiettivo

.....

.....

.....

Firma del medico visitante