

RICHIESTA VISITA MEDICA IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA – NON AGONISTICA PER LO SPORTIVO:

COGNOME.....NOME.....

CODICE FISCALE.....

NATA/O AIL.....

RESIDENTE IN.....C.A.P.....

VIA.....N°.....

TELEFONO.....EMAIL.....

CHIEDE VISITA MEDICA SPORTIVA

NON AGONISTICA

AGONISTICA

PER LO SPORT.....

SOCIETA' SPORTIVA INVIANTE.....

ACCONSENTO NON ACCONSENTO all'invio all'Agenzia delle Entrate della fattura relativa la prestazione sanitaria eseguita, per la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata tramite il Sistema Tessera Sanitaria.

FIRMA

.....
PARTE DA COMPILE SOLO SE L'ATLETA E' MINORENNE O AFFIDATO A TUTORE LEGALMENTE NOMINATO

AUTODICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

IN QUALITA' DI DEL MINORE

DA IL CONSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DEGLI ACCERTAMENTI NECESSARI AL RILASCIO DELL'IDONEITA' SPORTIVA.

FIRMA

SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome.....Nome.....

Nato/a aIl.....

Sport.....Allenamento Ore/Settimana.....

Ha eseguito altre visite mediche per il rilascio del certificato? NO SI Anno ultima visita.....

E' stato dichiarato temporaneamente SOSPESO o NON IDONEO all'attività sportiva? NO SI

Se si, indicare il MOTIVO.....

A. ANANESI FAMILIARE

C'è qualcuno in famiglia (genitori, fratelli, sorelle o nonni) che soffre o abbia sofferto di:

Cardiopatie	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Chi?/Età?.....
Infarto cardiaco	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Chi?/Età?.....
Diabete	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Chi?/Età?.....
Ipertensione	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Chi?/Età?.....
Tumori	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Chi?/Età?.....
Morte improvvisa giovanile	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Chi?/Età?.....

B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLOGICA

Peso (kg).....Statura (cm).....Alimentazione LIBERA REGIME DIETETICO

Uso di farmaci? NO SI se si, quali.....

Fumo NO SI se si, quante.....

Alcolici e superalcolici ASTEMIO OCCASIONALE BEVITORE EX-BEVITORE

Porta occhiali da vista o lenti correttive? SI NO

Vaccinazione antitetanica? NO SI se si, eseguita in data.....

Età prima mestruazione.....Data ultima.....Gravidanze e/o aborti? NO SI

C. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA

Epilessia	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Altre malattie di cuore	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Ipertensione arteriosa	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Malattie tiroidee	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Diabete	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Allergie/asma	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Anemia	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Altre malattie respiratorie	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Colesterolo elevato	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Malattie neurologiche	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Epatiti	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Malattie psichiatriche	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Tumori	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Malattie reni/vie urinarie	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Svenimenti	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Daltonismo	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Palpitazioni/Extrasistoli	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Lesione timpano	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Soffio	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Malattie fegato/vie biliari	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SI
Altro.....					

Ha subito interventi chirurgici? NO SI Se si quali.....