



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 COMPILARE SOLO SE L'ATLETA E' MINORENNE O AFFIDATO A TUTORE LEGALMENTE NOMINATO

AUTODICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

IN QUALITA' DIDEL 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	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	Chi?/Età?.....
Infarto cardiaco	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	Chi?/Età?.....
Diabete	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	Chi?/Età?.....
Ipertensione	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	Chi?/Età?.....
Tumori	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	Chi?/Età?.....
Morte improvvisa giovanile	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	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 type="radio"/> SI	Altre malattie di cuore	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Ipertensione arteriosa	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Malattie tiroidee	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Diabete	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Allergie/asma	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Anemia	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Altre malattie respiratorie	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Colesterolo elevato	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Malattie neurologiche	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Epatiti	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Malattie psichiatriche	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Tumori	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Malattie reni/vie urinarie	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Svenimenti	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Daltonismo	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Palpitazioni/Extrasistoli	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Lesione timpano	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI
Soffio	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	Malattie fegato/vie biliari	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI

Altro.....

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

DATA.....FIRMA.....