

### Anamnesi visita sportiva

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
SPORT \_\_\_\_\_

PRIMA VISITA SPORTIVA AGONISTICA SI NO  
SEMPRE STATO DICHIARATO IDONEO ALLE PRECEDENTI VISITE SI NO  
È STATO SOTTOPOSTO AD ACCERTAMENTI POST VISITA SPORTIVA SI NO  
QUALI: ECOCARDIOGRAFIA  
HOLTER  
ALTRO

#### NOTIZIE RIGUARDANTI GENITORI, NONNI, FRATELLI / SORELLE DELL'ATLETA

INFARTO	SI	NO	MALATTIE TIROIDE	SI	NO
IPERTENSIONE	SI	NO	ASMA/ALLERGIE	SI	NO
TUMORE	SI	NO	MORTE IMPROVVISA PRIMA 50 ANNI	SI	NO
DIABETE	SI	NO	ICTUS	SI	NO

#### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

FUMO	SI	NO	QUANTITÀ _____
ALCOOL	SI	NO	QUANTITÀ _____
STUPEFACENTI	SI	NO	

#### SOFFRE DI:

PRESSIONE ARTERIOSA ALTA	SI	NO	
ASMA/ALLERGIE	SI	NO	
DIABETE	SI	NO	
MALATTIE TIROIDE	SI	NO	
SOFFIO AL CUORE	SI	NO	
ARITMIE / EXTRASISTOLIA	SI	NO	
MALATTIE INTESTINALI	SI	NO	
CAPOGIRI / PERDITA DEI SENSI	SI	NO	
HA MAI AVUTO FRATTURE O TRAUMI	SI	NO	QUALI _____
HA SUBITO INTERVENTI	SI	NO	QUALI _____
ASSUME FARMACI	SI	NO	QUALI _____
PORTA GLI OCCHIALI	SI	NO	
DISTURBI DURANTE SFORZO FISICO	SI	NO	QUALI _____

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere, e consente all'uso dei dati personali che verranno trattati in conformità al Regolamento UE n.2016/679 per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

\_\_\_\_\_

Data e luogo

\_\_\_\_\_

Firma leggibile