

**RACCOLTA DATI ANAMNESI VISITA SPORTIVA**
**RACCOLTA DATI ANAMNESI VISITA SPORTIVA**
**DATI ANAGRAFICI**

NOME:  
 COGNOME:  
 DATA DI NASCITA:  
 LUOGO DI NASCITA:  
 CODICE FISCALE:  
 INDIRIZZO E-MAIL:

SPORT PER IL QUALE E' RICHIESTA LA VISITA MEDICA SPORTIVA:

- ☐ PRIMA VISITA  
☐ VISITA DI RINNOVO IDONEITA' SPORTIVA

SE VISITA DI RINNOVO INDICARE ANNO ULTIMA VISITA IDONEITA' SPORTIVA:

EVENTUALI ALTRI SPORT PRATICATI:

**ANAMNESI FAMILIARE**

| PATOLOGIA                     | SI | NO | SE SI, CHI? |
|-------------------------------|----|----|-------------|
| DIABETE                       |    |    |             |
| IPERCOLESTEROLEMIA            |    |    |             |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA        |    |    |             |
| MORTE IMPROVVISA GIOVANILE    |    |    |             |
| CARDIOPATIA ISCHEMICA/INFARTO |    |    |             |
| SE ALTRO (SPECIFICARE)        |    |    |             |

**ANAMNESI PERSONALE**

| PATOLOGIA                              | SI | NO | SPECIFICA |
|----------------------------------------|----|----|-----------|
| DIABETE                                |    |    |           |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA                 |    |    |           |
| MALATTIE NEUROLOGICHE                  |    |    |           |
| MALATTIE/ARITMIE CARDIACHE             |    |    |           |
| MALATTIE RENALI                        |    |    |           |
| COVID                                  |    |    |           |
| ALLERGIE/ASMA (SPECIFICARE)            |    |    |           |
| INTERVENTI CHIRURGICI (SPECIFICARE)    |    |    |           |
| INFORTUNI GRAVI/FRATTURE (SPECIFICARE) |    |    |           |
| TRAUMI CRANICI                         |    |    |           |
| SE ALTRO (SPECIFICARE)                 |    |    |           |

**FARMACI ASSUNTI**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

| QUESITO                          | SI | NO | SPECIFICA |
|----------------------------------|----|----|-----------|
| FUMO (SPECIFICARE SIGARETTE/DIE) |    |    |           |
| PACE MAKER                       |    |    |           |
| VACCINAZIONE ANTITETANICA        |    |    |           |
| CONSUMO SOSTANZE ALCOLICHE       |    |    |           |
| ALIMENTAZIONE                    |    |    |           |
| SE ALTRO (SPECIFICARE)           |    |    |           |

## RACCOLTA DATI ANAMNESI VISITA SPORTIVA

## ANAMNESI SPORTIVA

SPORT PRATICATO:

DA QUANTO TEMPO:

ALLENAMENTI A SETTIMANA:

DURATA ALLENAMENTI IN ORE:

A riposo o quando pratichi sport, hai mai accusato:

| EVENTO                                | SI | NO | SPECIFICA |
|---------------------------------------|----|----|-----------|
| DISTURBI IMPROVVISI DURANTE LO SFORZO |    |    |           |
| DOLORI TORACICI                       |    |    |           |
| SVENIMENTI                            |    |    |           |
| GRANDE STANCHEZZA                     |    |    |           |
| SE ALTRO (SPECIFICARE)                |    |    |           |

A FRONTE DI UNA VISITA MEDICO SPORTIVA, LO SPECIALISTA SI È MAI RIFIUTATO DI EMETTERE IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA?

- ☐ SI  
☐ NO

IN CASO Affermativo, INDICARE LA RAGIONE:

SONO MAI STATI RICHIESTI DEGLI ULTERIORI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN SEGUITO AD UNA VISITA?

- ☐ SI  
☐ NO

IN CASO Affermativo, INDICARE QUALI ACCERTAMENTI:

## AUTODICHIARAZIONE ex. D.M.18/02/82:

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Dichiaro inoltre di non aver iniziato presso altra struttura nel passato visita per l'ottenimento di idoneità sportiva senza poi portarla a termine a fronte di richiesta da parte dello specialista di ulteriori accertamenti medici. Inoltre, mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.

Esprimo inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

FIRMA DELL'ATLETA (o del genitore in caso di utente minorenne)

DATA:

-----