PhysioMedica®
CENTRO DIAGNOSI E TERAPIE

Il/la sottoscritt__ (cognome) _____

(nome) _____ Padre/Madre/Tutore/Curatore/Amm.

di sostegno di _____

Nato/a il _____ a _____Prov. _____

Residente a _____

In Via _____ n. _____ Prov. _____ CAP _____

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante, che dovrà essere esibito in fotocopia al personale addetto:

Documento _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

delega per l'accompagnamento del minore e ritiro del certificato

Cognome _____

Nome _____

Residente a _____

In Via _____ n. _____ Prov. _____ CAP _____

Estremi del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato, che dovrà essere esibito al personale addetto:

Documento _____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____

Firma del Delegante

(leggibile) _____

PhysioMedica®
CENTRO DIAGNOSI E TERAPIE

Modulo Anamnestico da compilarsi prima della visita

Nel caso dubbio non risponda, ma ne parli con il medico al momento della visita

NOMINATIVO ATLETA _____

1	E' la prima volta che esegue la visita di idoneità per lo sport agonistico? *(se SI, passare alla domanda n.4)*	SI	NO
2	E' mai risultato/a non idoneo/a all'attività sportiva in una precedente visita medica?	SI	NO
3	Per ottenere il certificato sportivo, ha mai dovuto eseguire accertamenti in più rispetto a quelli che normalmente si eseguono?	SI	NO
4	Al di fuori delle visite per lo sport, ha mai fatto un elettrocardiogramma?	SI	NO
5	Ha mai fatto un ecocardiogramma?	SI	NO
6	Ha mai fatto le analisi del sangue?	SI	NO
7	E' mai stato/a sospeso/a dall'attività sportiva per motivi di salute?	SI	NO
8	Ha mai avuto malori a riposo e/o durante la pratica sportiva? (es. dolori al torace, vertigini, svenimenti, palpitazioni, tachicardie, affanno, ecc…)	SI	NO
9	Soffre, o ha sofferto in passato, di qualche malattia di un certo rilievo? (es. malattie cardiache, epilessia, pressione alta, asma bronchiale, ecc…)	SI	NO
10	Ha mai subito traumi o lesioni accidentali di un certo rilievo?	SI	NO
11	Si è mai sottoposto ad interventi chirurgici?	SI	NO
12	Attualmente prende qualche farmaco?	SI	NO
13	Tra i suoi parenti ci sono stati casi di "morte improvvisa" prima dei 40 anni?	SI	NO
14	Tra i suoi parenti ci sono o ci sono stati casi di malattie quali diabete, malattie di cuore, ipertensione, malattie respiratorie, ecc…?	SI	NO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico circa le mie attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Ai sensi del DLgs 196/2003 e successive modifiche acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili per fini connessi alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica materia.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (se maggiorenne) o del genitore/esercente patria potestà (se minorenne)

_____