

COGNOME	NOME	NATO IL
RESIDENTE IN	VIA	N.

### DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

diabete:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	chi?		
asma:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	chi?		
ipertensione arteriosa:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	chi?		
cardiopatía ischemica o infarto:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	chi?		
morte improvvisa:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	chi?	a che età?	causa?
altro:				

### DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

lavoro praticato:

quante sigarette fumi al giorno?	nessuna <input type="checkbox"/>	5/10 <input type="checkbox"/>	più di 10 <input type="checkbox"/>	da quanti anni?
bevi alcolici o superalcolici?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
assumi abitualmente o hai assunto dei farmaci?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
se si, quali e perché?				

### SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:

diabete:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	usi insulina?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
malattie e/o aritmie cardiache	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quali?	
ipertensione arteriosa:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	epilessia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
altre malattie neurologiche	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quali?	
allergie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, a cosa?	asma si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
altre malattie respiratorie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quali?	
hai mai avuto interventi chirurgici?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quali e quando?	
hai mai avuto fratture?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quali e quando?	
hai mai avuto infortuni rilevanti?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quali e quando?	
hai mai avuto traumi cranici?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quando?	
con svenimento?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con ricovero?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	esami eseguiti
assenza o alterata funzione di qualche organo interno?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
se si, quale?	dovuta a?		
altre patologie da segnalare			

### NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITÀ SPORTIVA

ha eseguito approfondimenti diagnostici?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--	---

### NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA

patologie o difetti visivi?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, quali?
utilizzi occhiali o lenti a contatto?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se si, cosa usi durante lo sport? occhiali <input type="checkbox"/> lenti a contatto <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/>

### DOMANDE RIFERITE ALL'APPARATO GENITALE (per le donne)

data prima mestruazione (menarca)	data ultima mestruazione
-----------------------------------	--------------------------

**DICHIARAZIONE:** 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 o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci. Do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenni, da almeno un genitore. Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

data \_\_\_\_\_

Firma del medico

Firma dell'atleta