

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?		
cardiopatia 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 sì, 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 sì, 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 sì, quali?	
allergie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se sì, a cosa?	asma si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
altre malattie respiratorie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se sì, quali?	
hai mai avuto interventi chirurgici?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se sì, quali e quando?	
hai mai avuto fratture?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se sì, quali e quando?	
hai mai avuto infortuni rilevanti?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se sì, quali e quando?	
hai mai avuto traumi cranici?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se sì, 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"/>		dovuta a?
se sì, quale?			
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 sì, quali?
utilizzi occhiali o lenti a contatto?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	se sì, 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	nato a	il
residente a	in via	tel.

padre/madre del minore

dichiara che quanto esposto nel seguente modulo corrisponde alla realtà e che il minore non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive agonistiche.

data _____

Firma del medico

Firma genitore/tutore