

NOME E COGNOME.....

DATA DI NASCITA.....

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni)

Nel periodo trascorso dall'ultima visita medico-sportiva presso questo servizio fino ad oggi, tra i suoi famigliari (genitori, fratelli, nonni) sono intervenute malattie gravi o morti? SI.....NO

Se si, scriva quali.....

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA:

Nel periodo trascorso dall'ultima visita medico-sportiva presso questo servizio fino ad oggi:

E' mai stato ricoverato?..... SI NO

Se si, indichi il periodo ed il motivo:

.....

Ha mai sospeso l'attività sportiva per problemi di salute?.....SI.....NO

Se si, indichi il periodo ed il motivo.....

Hai accusato particolari disturbi durante la pratica sportiva?.....SI.....NO.....

Se si, descriva il disturbo.....

Dall'ultima visita medico-sportiva presso questo servizio ad oggi, ha mai accusato:

Dolore o senso di costrizione al petto.....SI.....NO

Svenimento.....SI.....NO

Cuore che batte in modo anomalo (palpitazioni).....SI.....NO

Attualmente assume farmaci?.....SI.....NO

Se si, quali e con quale dosaggio?

.....

Dall'ultima visita medico-sportiva presso questo servizio ad oggi, ha avuto una nuova diagnosi di malattia?.....SI.....NO

Se si, quale?.....

DICHIARAZIONE:

Il sottoscritto (oppure legale rappresentante se l'atleta è minorenne) dichiara quanto segue:

- Il questionario è stato compilato in tutte le sue voci,
- Quanto compilato nel questionario corrisponde a verità,
- Ha informato il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato,
- Di non aver accertamenti relativi a visite medico-sportive agonistiche in sospeso presso altre strutture sanitarie pubbliche o private.

Data...../...../.....

.....
Firma del paziente o del legale rappresentante

