CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA s.r.l.

23824 DERVIO (LC) - Via P.G. Rubini, 11
Tel. 0341 850 884 – Fax 0341 806 752 – E-mail: segreteria@centromedicinasportiva.it
Legalmente riconosciuto D.P.G.R. N. 8818 del 25-5-87 ed accreditato
Codice Fiscale e Partita IVA: 01620970135

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO - SPORTIVA
(dichiarazione dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome:_____ Nome:_____Nato a:_____il:_____

Residente a:_____ in via/piazza:_____

Domande riferite all'ATLETA che effettua la visita	**Domande riferite ai FAMILIARI dell'atleta (genitori, fratelli, nonni)**
Soffri o hai sofferto di malattie come:	**C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:**
Diabete mellito SI □ NO □	Malattie di cuore SI □ NO □
Malattie neurologiche o epilessia SI □ NO □	Se si chi? _____
Ipertensione arteriosa SI □ NO □	Infarto del miocardio SI □ NO □
Malattie cardiache SI □ NO □	Se si chi? _____
Asma grave o da sforzo SI □ NO □	Ipertensione arteriosa SI □ NO □
Interventi chirurgici subiti SI □ NO □	Se si chi? _____
se si quali? _____	Diabete mellito SI □ NO □
_____	Se si chi? _____
Infortuni rilevanti o fratture SI □ NO □	Morte improvvisa giovanile SI □ NO □
se si quali? _____	Se si chi? _____
Ti manca o non funziona qualche organo? SI □ NO □	Altro _____
se si quali? _____	
Attualmente sei in cura con dei farmaci? SI □ NO □	
se si quando e perché?_____	
Fumi? SI □ NO □	
Se si quante sigarette al giorno?_____	
Porti occhiali o lenti a contatto? SI □ NO □	
Data ultima mestruazione (per le donne) _____	

Dichiarazione: tale dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso abbia meno di 18 anni, da un genitore o da un accompagnatore responsabile.
Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato Informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall' uso di alcool (dichiarazione ai sensi del D.M.18.2.82).

Data _____ **Firma** _____