

## SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Città di nascita: \_\_\_\_\_

Residente (città e via): \_\_\_\_\_

Sport per cui è stata richiesta la visita: \_\_\_\_\_ Soc. Sport. \_\_\_\_\_

Ha già fatto visite di idoneità? **SI NO** Le è mai stata negata l'idoneità? **SI NO**

**ANAMNESI FAMILIARE** C'è qualcuno in famiglia (genitori, fratelli, nonni..) che soffre o abbia sofferto di:

Malattie cardiache: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_ Allergie: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_

Ipertensione: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_ Diabete: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_

Malattie polmonari: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_ Obesità: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_

Malattie reni/fegato: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_ Neuropatie: **SI NO Chi?** \_\_\_\_\_

Qualche familiare è morto **improvvisamente** prima dei 50 anni?

**SI NO Chi?** \_\_\_\_\_ **Perché?** \_\_\_\_\_

### ANAMNESI PERSONALE

Peso (kg): \_\_\_\_\_ Statura (cm): \_\_\_\_\_ Fuma? **SI NO EX**

Assume farmaci? **SI NO** Se **SI**, quali? \_\_\_\_\_

Assume alcol (vino, birra, superalcolici)? **SI NO** Assume caffeina/eccitanti? **SI NO**

Diabete: **SI NO** Allergie/Asma: **SI NO** Ipertensione: **SI NO**

Svenimenti: **SI NO** Colesterolo alto: **SI NO** Anemia: **SI NO**

Altre malattie/interventi importanti: \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI

- ✓ Dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche
- ✓ Dichiaro di aver risposto in modo veritiero al questionario anamnestico
- ✓ Dichiaro di non aver ricevuto in altra sede giudizio di **NON** idoneità alla pratica sportiva
- ✓ Con la presente do il consenso all'effettuazione della visita medica e di tutti gli accertamenti medici previsti per il rilascio dell'idoneità

**Luogo e data:**

**Firma del dichiarante** (o genitore o patria potestà se minore):

Pordenone, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_