

Data _____ Cognome e nome _____
 Nato il _____ A _____
 Residenza via _____ città _____
 Cod. fiscale _____ Tel _____

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremmo grati se volesse rispondere al seguente questionario:

MALATTIE COMUNI

DELL'INFANZIA:

Morbillo	SI	NO
Rosolia	SI	NO
Varicella	SI	NO
Pertosse	SI	NO
Parotite	SI	NO

ALTRE MALATTIE

Diabete	SI	NO	
Cardiache (di cuore)	SI	NO	Se si quali? _____
Respiratorie (es. asma)	SI	NO	Se si quali? _____
Apparato digerente (es.stomaco,fegato,intestino)	SI	NO	Se si quali? _____
Malattie reumatiche	SI	NO	Se si quali? _____
Malattie renali	SI	NO	Se si quali? _____
Malattie neurologiche (es.epilessia,paresi)	SI	NO	Se si quali? _____
Malattie ortopediche	SI	NO	Se si quali? _____
Allergie ad alimenti o farmaci	SI	NO	Se si quali? _____
Altre malattie	SI	NO	Se si quali? _____
E' mai svenuto?	SI	NO	Se si perchè? _____

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI	NO	
Adenoidi	SI	NO	
Appendice	SI	NO	
Ernia inguinale	SI	NO	
Altro	SI	NO	Se si quali? _____

segue --->

INFORTUNI

Fratture
 Distorsioni
 Lussazioni
 Traumi cranici
 Altri

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

Se si quali? _____

E' STATO RICOVERATO PER ALTRI MOTIVI?

SI	NO
----	----

Se si perchè? _____

HA PRATICATO ESAMI RADIOGRAFICI O DI LABORATORIO NELL'ULTIMO ANNO?

SI	NO
----	----

Se si perchè? _____

ALLE VISITE DI IDONEITA' PRECEDENTI LE E' STATO RICHIESTO QUALCHE ESAME SUPPLEMENTARE (Ecocardiogramma,holter,test massimale, altro)

SI	NO
----	----

Se si quale e perchè? _____

IN FAMIGLIA QUALCUNO SOFFRE/HA SOFFERTO DI (genitori,fratelli,nonni):

Diabete
 Ipertensione
 Malattie cardiache

SI	NO
SI	NO
SI	NO

IN QUESTO PERIODO STA SEGUENDO QUALCHE CURA?

SI	NO
----	----

Se si quali farmaci sta prendendo? _____

FIRMA (del tutore se minore) _____

IMPORTANTE:

Presentarsi alla visita con un campione di urine raccolte al mattino a digiuno
 Al momento della visita è possibile richiedere eventuali certificati per altri sport praticati.
 Il costo della visita sarà sempre di 30,00€ da saldare al momento della visita stessa.

RISERVATO AL MEDICO:

Peso: _____ Altezza: _____
 Visus: D ____/10 S ____/10
 P.A. _____/_____
 NOTE _____