

**DA COMPIRE CON I DATI DI CHI EFFETTUA LA VISITA**

Costermano sul Garda,.....

COGNOME:..... NOME:.....

NATO a..... il.....

INDIRIZZO DI RESIDENZA: città/paese .....

Via..... N° .....

N° Carta d'identità o Patente..... Società dove pratica sport: .....

Sport per cui è richiesta la visita.....

Telefono..... Email.....

**ANAMNESI**

FAMILIARE (grado di parentela di primo grado) uno o più componenti della famiglia soffre/ha sofferto di:

- Malattie cardiovascolari (es. morte improvvisa giovanile, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa)

no sì .....

- Malattie sistema endocrino metabolico (es. diabete, distiroidismi)

no sì .....

Altro.....

**ANAMNESI PERSONALE**

FISIOLOGICA

Fumo no sì..... Alcool no sì.....

Farmaci no sì.....

Altro.....

PATOLOGICA:

Comuni esantemi dell'infanzia (morbillo, rosolia, varicella, parotite, altre.....) no sì

epatite virale: no sì tipo..... età..... Febbri reumatiche: no sì

Malattie app. respiratorio (es. asma bronchiale, polmonite) no sì.....

Allergie no sì.....

Epilessia no sì.....

Sintomi cardiovascolari (es. lipotimia, sincope, cardiopalmo, precordialgia) no sì

Altro.....

Interventi chirurgici no sì Tipo ed età.....

.....

.....

Infortunati (fratture ossee, traumi cranici, lussazioni) no sì.....

.....

**DICHIARAZIONE**

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.

Firma del dichiarante / se minore firma di un genitore o di chi ne farà le veci

.....