

MODULO SECONDA VISITA SPORTIVA

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 sì, scriva quali _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA:

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

È mai stato ricoverato? SI NO

Se sì, indichi il periodo ed il motivo: _____

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

Se sì, indichi il periodo ed il motivo _____

Hai accusato particolari disturbi durante la pratica sportiva? SI NO

Se sì, 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 sì, quali e con quale dosaggio? SI NO

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

Se sì, 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

