



Servizio di Medicina dello Sport

Responsabile Dott. Giuliano Corradini
Casa di Cura Privata Polispecialistica dott. Pederzoli – Peschiera del Garda –
Tel. 045 6449270– Email:medicinadellosport@cdcpederzoli.it

INDICAZIONI PER LO SVOLGIMENTO DELLE PRESTAZIONI

Gentile utente,

La invitiamo a presentarsi presso il Servizio di Medicina dello Sport fornito della seguente documentazione:

- 1) tessera sanitaria;
- 2) documento di identità;
- 3) modulo anamnesi compilato e firmato (nel caso di minori è necessaria la firma di un genitore); il modulo è riportato di seguito.

La invitiamo inoltre per non interferire con l'esito della visita a:

- a) non assumere bevande stimolanti nelle ore precedenti la visita;
- b) non svolgere attività fisica il giorno antecedente la visita.



Servizio di Medicina dello Sport

Responsabile Dott. Giuliano Corradini

Casa di Cura Privata Polispecialistica dott. Pederzoli – Peschiera del Garda –

Tel. 045 6449270 – Email:medicinadellosport@cdcpederzoli.it

DATI ANAMNESTICI

COGNOME E NOME ATLETA _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DOCUMENTO D'IDENTITÀ TIPO _____ N° _____

SPORT PRATICATO _____

- PRIMA VISITA PRESSO IL CENTRO (compilare il foglio per intero in tutte le sue sezioni)
- VISITE SUCCESSIVE (compilare se sono intervenute variazioni dello stato di salute dall'ultima visita)

DATI CHE INTERESSANO I FAMILIARI

Morte improvvisa No Si chi? _____ per cosa? _____ a che età _____
Malattie di Cuore No Si chi? _____ quale? _____ a che età _____
Ipertensione Art. No Si chi? _____
Tumori No Si chi? _____
Diabete No Si chi? _____

DATI CHE INTERESSANO L'ATLETA

Malattie esantematiche	No	Si	Ipertensione arteriosa	No	Si	Adenoidectomia	No	Si
Asma	No	Si	Malattie ormonali	No	Si	Tonsillectomia	No	Si
Allergia	No	Si	Diabete	No	Si	Appendicectomia	No	Si
Epilessia	No	Si	Malattie di cuore	No	Si			
Febbre reumatica	No	Si	Malattie renali	No	Si			

PATOLOGIE IN ATTO NO SI

Quali _____

TRAUMI SPORTIVI E/O FRATTURE NO SI

Quali _____

RICOVERI OSPEDALIERI O INTERVENTI NO SI

Quali _____

TERAPIE IN ATTO O USO ABITUALE DI FARMACI NO SI

Quali _____

IN PARTICOLARE NEGA LIPOTIMIE E/O EPISODI SINCOPALI (perdita di sensi) cardiopalmo (battito cardiaco accelerato o irregolare) DOLORI TORACICI, TRAUMI CRANICI

VISITE SUCCESSIVE

RISPETTO AL PRECEDENTE CONTROLLO SI SEGNALE: _____

NULLA DI NUOVO DA SEGNALARE RISPETTO AL CONTROLLO PRECEDENTE

IN PARTICOLARE NEGA LIPOTIMIE E/O EPISODI SINCOPALI (perdita di sensi) cardiopalmo (battito cardiaco accelerato o irregolare) DOLORI TORACICI, TRAUMI CRANICI

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ dichiara di aver informato il medico visitatore riguardo le proprie condizioni psicofisiche in modo corretto.

Dichiara di non essere stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite mediche sportive e di aver ben compreso il significato delle domande formulate e di aver ricevuto adeguate risposte e chiarimenti.

Esprime inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy (D.L n. 196/2003), il consenso a trattare i propri dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla propria richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica.

Firma del dichiarante o di chi ne fa le veci _____