



## SCHEDA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITA' SPORTIVA

### DATI ATLETA

Cognome ..... Nome .....  
Nato il ..... a ..... telefono ..... ULSS .....  
Residente a ..... ( ) in via ..... n° ..... Cap .....

Sport per cui è richiesta l'idoneità sportiva ..... Società di appartenenza.....  
Da quanti anni viene praticato questo sport?..... Per quante ore settimanali? .....

### ANAMNESI FAMILIARE: (Specificare chi tra i familiari soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati)

|                                   |    |    |                           |
|-----------------------------------|----|----|---------------------------|
| Morte improvvisa:                 | no | si | chi ne ha sofferto? ..... |
| Malattie di cuore e/o aritmie :   | no | si | chi ne ha sofferto?.....  |
| Malori o svenimenti :             | no | si | chi ne ha sofferto?.....  |
| Ipertensione:                     | no | si | chi ne ha sofferto? ..... |
| Colesterolo/trigliceridi elevati: | no | si | chi ne ha sofferto? ..... |
| Diabete:                          | no | si | chi ne ha sofferto? ..... |
| Malattie della tiroide:           | no | si | chi ne ha sofferto? ..... |
| Malattie genetiche/ereditarie     | no | si | chi ne ha sofferto? ..... |

### ANAMNESI ATLETA:

FA USO DI OCCHIALI O LENTI?                      no      si  
Se sì, specificare per quale motivo :    ☐ miopia    ☐ astigmatismo    ☐ ipermetropia    ☐ strabismo

Fuma:                                                      no      si  
Beve alcolici:                                              no      si  
Assume farmaci:                                              no      si      se sì, quali? .....

Ha avuto **interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri** :                      no      si  
se sì, quali? .....

E' già stato sottoposto a visite medico-sportive agonistiche?                      no      si  
E' mai stato dichiarato **sospeso/non idoneo** per accertamenti?                      no      sì se sì, quando.....  
per che motivo.....

*Segue.....*

**Soffre o ha mai sofferto delle seguenti anomalie?**

|                         |    |    |                             |
|-------------------------|----|----|-----------------------------|
| Malattie cardiache :    | no | si | se sì, indichi quali: ..... |
| Ipertensione arteriosa: | no | si |                             |
| Aritmie cardiache:      | no | si |                             |

**Soffre o ha mai sofferto di :**

|                                    |    |    |                             |
|------------------------------------|----|----|-----------------------------|
| Dolore toracico (angina pectoris): | no | si |                             |
| Palpitazioni o cardiopalmo         | no | si |                             |
| Svenimento o perdita di coscienza  | no | si |                             |
| Diabete                            | no | si |                             |
| Colesterolo elevato                | no | si |                             |
| Malattie renali                    | no | si | se sì, indichi quali:.....  |
| Asma bronchiale o da sforzo:       | no | si | se sì, indichi quale: ..... |
| Rinite allergica:                  | no | si |                             |
| Allergie alimentari o a farmaci:   | no | si | se sì, indichi quali: ..... |
| Malattie della tiroide:            | no | si |                             |
| Epilessia:                         | no | si |                             |
| Trauma cranico:                    | no | si |                             |

altro da segnalare: .....

*L'atleta e/o il genitore dell'atleta dichiara di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psico-fisiche dell'atleta, alle sue eventuali precedenti patologie e che quanto esposto corrisponde a verità.*

*Dichiara inoltre che **non ha in sospeso accertamenti** presso strutture pubbliche o private accreditate.*

*Dichiara di acconsentire alla visita e alle relative procedure diagnostiche previste ed al trattamento dei dati personali secondo la legge sulla privacy 675/96, testo consolidato con il D.lg. N°467 del 28/12/2001 e successivo D.lg. 196/03 del 30/06/2003.*

*Nel caso si tratti di **visita medica sportiva agonistica** dichiaro di essere stato/a informato/a sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva.*

Data:

Firma del dichiarante ( genitore se minore )

---