



MEDICINA DELLO SPORT

CENTRO DON ORIONE
BERGAMO

Via Don Luigi Orione n. 6 – 24124 Bergamo

Telefono 035 348 111 (TASTO 6)

Prenotazioni WhatsApp 338 2364997

Direzione 035 348 539

Mail medicina.sport@donorione.bg.it

PEC medicina.sport@pec.donorione.bg.it

MODULO ANAMNESTICO

COGNOME E NOME (ATLETA) _____

NATO A _____ IL _____

ANAMNESI FAMILIARE

Indicare casi di familiari (genitori, fratelli, nonni) affetti dalle seguenti malattie o deceduti a causa delle stesse

DIABETE _____

IPERTENSIONE ARTERIOSA _____

INFARTO o MALATTIA CARDIACHE _____

MORTE IMPROVVISA < 40 ANNI _____

ANAMNESI PERSONALE

ALCOLICI Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore

FUMO No Sì Se sì numero di sigarette al giorno _____

FARMACI No Sì Se sì quali _____

Per **DONNE** Menarca ad anni _____ Data ultima mestruazione _____

Soffre o ha sofferto di malattie come:

DIABETE NO SI

EPILESSIA o MALATTIE NEUROLOGICHE NO SI

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SI

MALATTIE CARDIACHE NO SI Se sì quali _____

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI _____

FRATTURE O INFORTUNI RILEVANTI _____

ALTRO DA SEGNALARE (allergie, ...) _____

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico correttamente delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di non avere in corso sospensioni o di non essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

DATA _____ FIRMA DELL'INTERESSATO/A _____

per i minori firma del Rappresentante Legale