



MEDICINA DELLO SPORT

CENTRO DON ORIONE
BERGAMO

Via Don Luigi Orione n. 6 – 24124 Bergamo

Telefono 035 348 319 – 035 348 540 – 035 348 542

Prenotazioni WhatsApp 338 2364997

Direzione 035 348 539

Mail medicina.sport@donorione.bg.it

MODULO ANAMNESTICO

IL SOTTOSCRITTO (DATI ATLETA) _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV _____

IN VIA _____ N. _____ TELEFONO _____

ANAMNESI FAMILIARE (genitori, fratelli, nonni)

DIABETE

IPERTENSIONE ARTERIOSA

CARDIOPATIA ISCHEMIA AD INFARTO

ASMA

ALTRO

ANAMNESI FISIOLGICA

FUMO NO MENO DI 5 PIU' DI 10

ALCOLICI NO SALTUARIAMENTE FREQUENTEMENTE

FARMACI NO SI Se sì quali _____

Per le donne: Menarca ad anni _____ Data ultima mestruazione _____

ANAMNESI PATOLOGICA

Soffre o ha sofferto di malattie come:

DIABETE NO SI

MALATTIE NEUROLOGICHE O EPILESSIA NO SI

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SI

MALATTIE CARDIACHE NO SI

ARITMIE CARDIACHE NO SI

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI _____

INFORTUNI RILEVANTI O FRATTURE _____

ALTRO DA SEGNALARE _____

PORTA OCCHIALI DA VISTA E/O LENTI A CONTATTO NO SI

Tale dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso abbia meno di 18 anni, dal suo rappresentante legale o delegato. Io sottoscritto _____ (nel caso di rappresentante indicare il grado di parentela) dichiaro di aver informato il medico e di non essere mai stato dichiarato (o non essere a conoscenza che l'atleta sia mai stato dichiarato) NON IDONEO a precedenti visite sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o d'atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool (DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.M. 18/02/1982).

DATA _____ FIRMA DELL'INTERESSATO/A _____

per i minori firma del Rappresentante Legale