



STUDIO MEDICO
DOTTOR ROBERTO MANCINI

SCHEMA ANAMNESTICA

Da compilarsi in modo dettagliato a cura
dell'atleta o, se minorenne,
di uno dei genitori o chi per loro

COGNOME E NOME: _____ TELEFONO/CELL.: _____
DATA E LUOGO DI NASCITA: _____
RESIDENZA (VIA E CITTA'): _____ CAP _____
EMAIL: _____

Ha mai fatto attività sportive agonistiche? Quali sport? _____
Che attività non agonistica svolge? _____

Ha o ha avuto genitori, nonni, fratelli o sorelle con queste patologie? (se sì, specificare la parentela)

Infarto _____
Ictus _____
Ipertensione arteriosa _____
Diabete _____
Colesterolo alto _____
Morte improvvisa GIOVANILE _____
Altro _____

Ha mai avuto malattie di una certa importanza?

E' mai stato sottoposto/a a interventi chirurgici?

Ha mai avuto traumi rilevanti?

Ha mai avuto disturbi da sforzo che l'hanno particolarmente preoccupato/a?

Sta assumendo farmaci?

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato esattamente il medico circa le sue attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Dichiara inoltre di avere pienamente recepito la modalità di esecuzione, i rischi e i benefici dell'eventuale test ergometrico e dà il proprio consenso all'esecuzione dello stesso allo scopo di accertare l'idoneità sportiva.

Data: _____ Firma _____