

**AMBULATORIO MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT**

Albo Reg. Med. Dello Sport B/184

**Dott. Tomasin Pier-Giorgio**

Via della Pieve 14/B – 35010 Borgoricco (PD)

Tel. / Fax 049 9335773 Cell. 3395778473

e-mail: [piergiorgio62pt@gmail.com](mailto:piergiorgio62pt@gmail.com)

PEC: [piergiorgio.tomasin@cn.legalmail.it](mailto:piergiorgio.tomasin@cn.legalmail.it)

**AGGIORNAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI**

questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o di uno dei genitori dell'atleta minorenni

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sport praticato \_\_\_\_\_ Società \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA**

Nel periodo trascorso fino ad oggi dall'ultima visita medico-sportiva eseguita presso questo Servizio, tra i familiari dell'atleta (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini) sono intervenute gravi malattie o decessi ?  SI  NO

Se sì, indichi cosa è accaduto e a chi: \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

Dopo l'ultima visita medico-sportiva è mai stato ricoverato in ospedale (interventi chirurgici, malattie, traumi, altri problemi) ?  SI  NO

Se sì, indichi il periodo e il motivo: \_\_\_\_\_

Nell'ultima stagione sportiva ha mai sospeso l'attività per malattie, infortuni, altri problemi ?  SI  NO

Se sì, indichi il periodo e il motivo: \_\_\_\_\_

Soffre attualmente di particolari disturbi durante la pratica sportiva ?  SI  NO

Se sì, li descriva: \_\_\_\_\_

Dall'ultima visita medico-sportiva ad oggi ha mai accusato:

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO  SI  NO

CUORE CHE BATTE IRREGOLARMENTE  SI  NO

SVENIMENTO - CAPOGIRI  SI  NO

Attualmente sta assumendo farmaci?  SI  NO

Se sì, indichi quali e per quale motivo: \_\_\_\_\_

Fa uso di occhiali o lenti a contatto?  SI  NO

Atleta di sesso femminile	{	Data della mestruazione più recente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Soffre di disturbi del ciclo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
		Soffre di forti dolori mestruali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Assume anticoncezionali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**PRO-MEMORIA PER L'ATLETA**

Al momento della visita medica dovrà presentarsi munito di tessera sanitaria e documento di identità, eventuale documentazione sanitaria (*esami del sangue, lettere di dimissioni ospedaliere, esiti di visite specialistiche, ecc.*). Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente.

E', inoltre, buona norma arrivare alla visita in ottimali condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione della visita medica e degli accertamenti previsti dalla normativa in vigore per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica, acconsento a sottoporre l'atleta alla visita medico sportiva.

**DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 25694 DEL 20/6/86**

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'atleta sopraindicato  è  non è stato/a sottoposto/a a precedenti visite medico sportive e che le notizie date nel presente questionario sono complete e veritiere. DICHIARA, inoltre, che l'atleta non ha accertamenti in sospeso relativi a tali visite presso altre strutture pubbliche o private.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003 AUTORIZZA, in qualità di legale rappresentante, il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e la comunicazione dei dati stessi ai soggetti ivi indicati.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minori