

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Dati dell'atleta: COGNOME E NOME _____ ETA' _____

STORIA FAMILIARE:	SI	NO
Malattie genetiche ereditarie		
Storia di morti improvvise giovanili		
Casi di diabete giovanile (insulinodipendente)		
Casi di cardiopatie-ipertensione arteriosa (in età Giovanile)		
Altro:		
ANAMNESI REMOTA: L'atleta ha avuto in passato:	SI	NO
Convulsioni, svenimenti, attacchi epilettici Se sì, quando?		
Problemi cardiaci (aritmie, extrasistoli, soffi...) Se sì, quali?		
Allergie Se sì, a cosa?		
Asma		
Problemi ortopedici (scoliosi, lussazioni...) Se sì, quali?		
Traumi di rilievo (cranici commotivi, fratture...) Se sì, quali?		
Ricoveri ospedalieri/interventi chirurgici Se sì, per cosa?		
Assume farmaci? Se sì, quali?		
Assume droghe, psicofarmaci o altro?		
Fuma? Quante sigarette al dì?		
Ha dovuto sospendere l'attività sportive per motivi di salute?		
Altro da segnalare?		

Io sottoscritto **dichiaro** di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di non avere in corso sospensioni o di essere in attesa di giudizio da parte di 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. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679, **manifesto il mio consenso** al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

(Compilare con i dati del genitore/tutore se l'atleta è minorenni)

NOME E COGNOME _____ CF _____

RECAPITO TELEFONICO _____ INDIRIZZO MAIL _____

Data _____

Firma leggibile _____