



Cognome Nome.....
 nato a il documento d'identità

residenza e/o domicilio:
 sport per cui è stata richiesta la visita eventuali altri sport

prima visita Visita successiva

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Compilare il successivo questionario in tutte le sue parti rendendo esatte e veritiere informazioni.

- 1) I SUOI GENITORI GODONO DI BUONA SALUTE? SI NO
 di quale malattia soffrono o hanno sofferto?
- 2) HA FRATELLI E/O SORELLE? SI NO
 QUALCUNO SOFFRE O HA SOFFERTO DI QUALCHE MALATTIA?.....
- 3) E' NATO CON PARTO REGOLARE CESARIO FORCIPE
- 4) HA AVUTO REGOLARE CRESCITA? SI NO perché
- 5) HA FIGLI? NO SI qualcuno soffre di qualche malattia?
- 6) HA INTOLLERANZA PER QUALCHE CIBO? NO SI quale?.....
- 7) BEVE ALCOOLICI? NO SI che tipo quanti al di
- 8) FUMA? NO SI cosa fuma?..... quanto al di da quanti mesi/anni.....
- 9) LE FUNZIONI INTESTINALI SONO REGOLARI? SI NO stitichezza diarrea
- 10) URINA NORMALMENTE? SI NO quale disturbo lamenta?
- 11.1) PER GLI UOMINI
 E' STATO DICHIARATO IDONEO ALLA VISITA DI LEVA? SI NO perché
- HA SVOLTO IL SERVIZIO MILITARE? SI NO perché?
- 11.2) PER LE DONNE
 A CHE ETA' SONO COMINCIALE LE MESTRUAZIONI? SONO REGOLARI? SI NO
- 12) DA QUALI DELLE SEGUENTI MALATTIE INFETTIVE E' STATO AFFETTO?
 MORBILLO ROSOLIA PAROTITE PERTOSSE SCARLATTINA VARICELLA EPATITE VIRALE
 TIFO/PARATIFO REUMATISMO ARTICOLARE ALTRO
- 13) HA SOFFERTO DI QUALCHE ALTRA MALATTIA? NO SI quale
- 14) HA SUBITO RICOVERI IN OSPEDALE? NO SI perché
- 15) HA SUBITO INFORTUNI? NO SI FRATTURE LUSSAZIONI DISTORSIONI FERITE
 ALTRO in quale parte del corpo?
- 16) DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA O IN CONDIZIONE DI RIPOSO, HA MAI AVUTO QUALCUNO DEI SOTTOELENCATI DISTURBI
 NO SI SVENIMENTI CAPOGIRI DOLORE NEL TORACE
 CONVULSIONI IRREGOLARITA' NEI BATTITI CARDIACI AFFANNO ECCESSIVO O INCONSUETO
- 17) HA QUALCHE ALLERGIA? NO SI a cosa
- 18) ATTUALMENTE PRATICA QUALCHE CURA O ASSUME FARMACI? NO SI quale?
- 19) E' A CONOSCENZA DI QUALCHE ALTERAZIONE NEI SUOI ESAMI DI LABORATORIO? NO SI
 quali?
- 20) FA USO DI UNO DEI SEGUENTI PRESIDII NO SI
 PLANTARI CINTI ERIARI BUSTI LENTI OCULARI CORRETTIVE APP. ACUSTICI
- 21) DA QUANTI ANNI PRATICA ATTIVITA' SPORTIVA? PER QUANTE ORE ALLA SETTIMANA?

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE LE INFORMAZIONI SOPRA RIPORTATE SONO ESATTE E VERE

Firma