DOCTORSPORT SRL.
Via Piovese, 67 - Padova
Tel. 049 8023465 Fax 049 7840332
segreteria@doctorsport.it - www.doctorsport.it

Mod. 7.3-11 Rev. 1 del 31/07/26

QUESTIONARIO ANAMNESTICO AGONISTICO

Da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta o del genitore per l'atleta minorenne

Cognome e nome dell'atleta
Data e luogo di nascita dell'atleta
Residenza dell'atleta (CAP - via e città)
Cognome e nome del genitore che accompagna
Tipo e numero di documento dell'atleta o del genitore
Codice Fiscale dell'Atleta
Telefono (preferibilmente cellulare)
E-mail

Sport per il quale viene richiesta la visita: _____ Società: _____
Pratica sport come: ☐ agonista ☐ non agonista ☐ professionista
Numero e durata degli allenamenti a settimana _____

☐ Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA
☐ Data ultima visita _____ ☐ Sempre idoneo alle precedenti visite
☐ Idoneo dopo accertamenti: ☐ Holter-ecg 24h ☐ ecocardiogramma ☐ Holter pressorio
☐ altri accertamenti _____
☐ Non idoneo in precedenti visite per _____

NOTIZIE RIGUARDANTI GENITORI, NONNI, FRATELLI E SORELLE

☐ Infarto _____
☐ Ictus _____
☐ Ipertensione arteriosa _____
☐ Diabete _____
☐ Colesterolo alto _____
☐ Morte improvvisa GIOVANILE (prima dei 50 anni) _____
_____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Fumo: ☐ mai fumato ☐ fumo dall'età di ___ anni ____ sigarette/giorno ☐ ex fumatore, ho fumato per ___ anni ___ sigarette/giorno e ho smesso all'età di ____ anni ☐ fumo sigaretta elettronica
Beve caffè: ☐ mai ☐ raramente ☐ si ..... al giorno
Beve alcolici: ☐ mai ☐ raramente ☐ nel weekend ☐ ai pasti
Vaccinazioni: ☐ è in regola con le vaccinazioni obbligatorie
Porta occhiali: ☐ No ☐ Sì per .....

Ciclo mestruale:

☐ Non ancora mestruata ☐ Mestruata. Età prima mestruazione: _____
☐ Ciclo mestruale regolare ☐ Disturbi mestruali _____
☐ In menopausa dall'età _____

☐ **Non ho mai avuto malattie gravi**

Malattie e sintomi rilevanti che devono essere segnalati: svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, dolore toracico, aritmia cardiaca, malattie di cuore, ipertensione, allergie, asma allergico, asma da sforzo, diabete, mal di testa, malattie congenite, malattie del fegato, malattie dei reni, malattie psichiche, malattie polmonari, broncopolmoniti, epilessia e convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo o difficoltà a distinguere i colori.

Specificare le eventuali malattie pregresse:

_____

_____

☐ **Non sono mai stato sottoposto ad interventi chirurgici**

Specificare gli eventuali interventi chirurgici a cui è stato sottoposto _____

_____

☐ **Non ho mai avuto traumi di rilevante entità**

Specificare gli eventuali traumi (fratture, distorsioni, traumi cranici, ecc.)_____

_____

☐ **Non ho mai avuto alcun disturbo rilevante legato allo sforzo fisico**

Specificare se durante lo sforzo e l'attività fisica ha avuto ☐ palpitazioni ☐ vertigini
☐ svenimenti ☐ crisi respiratorie ☐ dolore toracico
☐ altro _____

☐ **Non sto assumendo farmaci per cure a lungo termine**

☐ Sto assumendo _____

DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI
CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI
Regolamento UE 2016/679 GDPR
CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI
DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di impegnarmi a non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti riconosciute illegali; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e all'esecuzione della prova da sforzo.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR "codice in materia di protezione dei dati personali", dichiaro di aver preso visione dell'Informativa e acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza).

Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Inoltre confermo l'appartenenza alla Società dichiarata e qualora non lo faccia personalmente, delego i responsabili preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità e della Fattura a me intestata.

Sono interessato ad essere avvisato alla scadenza del periodo di validità del certificato di idoneità, in tempo utile per il rinnovo.

Padova, lì ____/_____/_____ Firma del dichiarante
(o di un genitore per atleti minorenni)

Firma del Medico

. . . . . ……