

**U.O. ATTIVITÀ SPECIALISTICA  
“ SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT ”**

**FOGLIO ANAMNESTICO (Allegato 3)**

**COGNOME E NOME DELL'ATLETA:** \_\_\_\_\_ **NATO IL:** \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (GENITORI, FRATELLI, SORELLE, NONNI, ZII)**

Rispetto allo scorso anno, è cambiato lo STATO DI SALUTE dei tuoi familiari? **NO**  **SI**

Se **SI** indicare a chi e che cosa: \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

**Rispetto allo scorso anno, è cambiato il tuo STATO DI SALUTE?** **NO**  **SI**

Se **SI** indicare:

Trauma cranico/svenimenti: \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici: \_\_\_\_\_

Esami clinici/strumentali (laboratorio/RX/RMN...): \_\_\_\_\_

Visite specialistiche: \_\_\_\_\_

Tipo/decorso/cure/esiti sulla malattia sopracitata: \_\_\_\_\_

Sei guarito completamente? **SI**  **NO**  disturbi rimasti: \_\_\_\_\_

- **Stai assumendo terapia attualmente?** **NO**  **SI**
- **Fai uso di occhiali/lenti a contatto?** **NO**  **SI**
- **Fai uso di: Busti correttivi/rialzo/ortesi plantare?** **NO**  **SI**
- **Pratichi: Ginnastica posturale?** **NO**  **SI**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_ genitore di: \_\_\_\_\_  
dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere  
e consente all'uso dei dati personali second l'Art. n. 23 D. Lgs. 196/03

**DATA**

**FIRMA LEGGIBILE**