Spettabile
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO
BOLZANO

An den
SANITÄTSBETRIEB BOZEN
BOZEN

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. 18.2.1982)

FORMULAR FÜR DIE ANFRAGE EINER SPORTMEDIZINISCHEN VISITE FÜR DIE EIGNUNG ZU EINER WETTKÄMPFISCHEN SPORTART (M.D. 18.2.1982)

La Società Sportiva — Der Sportverein

---

affiliata a — angehörig dem

Federazione Sportiva Nazionale [X] — Nationalen Sportverein

Ente Sportivo riconosciuto [ ] — anerkannten Sportverein

chiede per il proprio atleta — ersucht für den Athleten

---

nato a ..... — geboren in .....

..... il ..... — ..... am .....

residente a ..... — wohnhaft in .....

Via ..... — ..... -Straße

n. ..... n. Tel. ..... — Nr. ..... Tel. Nr. .....

una visita medico-sportiva ed il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello Sport.

um eine sportmedizinische Visite und die Ausstellung der Eignungsbescheinigung zur Ausübung des wettkämpferischen Sportes

---

prima affiliazione [ ] — erste Aufnahme

rinnovo [ ] — Erneuerung

visita di controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A - D.M. 18.2.82 [ ] — Kontrollvisite laut Punkte d) und e) Anlage 1 Tab. A - M.D. 18.2.82

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Man bescheinigt, dass die vom Athleten ausgeübte Sportart zu der wettkämpferischen Sportart gehört, laut Bestimmungen des zuständigen Nationalen Sportverbandes.

Data .....

Datum .....

ASSOCIAZIONE SPORTIVA MERANO
Associazione Dilettantistica
Via Foro Boario, 10 - 39012 MERANO (BZ)
Tel. 0473 442442 - P.IVA 01666890213
info: www.asmerano.it e-mail: info@asmerano.it

Firma del Presidente della Società - Unterschrift des Präsidenten des Vereins

Mod. 03.069.007 - 10/2003 - C.S./pc/if

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL | PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

Territorialer Bereich
Landesweiter Dienst für Sportmedizin

Area Territoriale
Servizio Provinciale di Medicina dello Sport

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

Dati anagrafici

Nome, Cognome: **Nato:**

Via:

CAP: **Località:**

Tel: casa: Lavoro:

Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se si, quali?
Quanto si allena? (ore/settimana)
Pratica altri sport (quali/quanto)?

Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

infarto si ☐ no ☐ **morte improvvisa** si ☐ no ☐ **altro** si ☐ no ☐

Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)
(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Si, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

Capo, sistema nervoso
Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Psiche
Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Occhi

DISTURBI VISIVI | porta: OCCHIALI | LENTI CONTATTO

Naso, seni paranasali
Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Orecchie
Otiti, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Apparato respiratorio
Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Sistema cardiocircolatorio
Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Apparato digerente
Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Apparato uro-genitale
Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Cute, apparato locomotorio
Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Metabolismo
Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?

SI, attualmente | NO | IN PASSATO

Per FEMMINE:

attualmente in gravidanza?	**Anomalie del ciclo mestruale?**	**Mestruazioni in atto?**
SI	SI	SI
NO	NO	NO

Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)

Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)

Quanto alcool consuma? (cosa/quanto): _____

Fuma? (cosa/quanto): _____

Attualmente assume farmaci? (quali/quanto): _____

In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?

SI | NO

Con la mia firma dò il consenso al trattamento sanitario riguardo la visita medica e tutti gli accertamenti previsti. Sono informato che la modalità dello svolgimento della visita si puo' visionare al sito www.sabes.it oppure rivolgendomi direttamente al Servizio di Medicina dello Sport dell' Azienda Sanitaria

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____ Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)