

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 SPORT-  
MEDIZINISCHEN VISITE FÜR DIE EIGNUNG  
ZU EINER WETTKÄMPFISCHEN SPORTART  
(M.D. 18.2.1982)**

La Società Sportiva / Der Sportverein  
**ASSOCIAZIONE SPORTIVA MERANO**  
Associazione Dilettantistica  
Via Lido, 4 - 39012 MERANO (BZ)  
Tel. 0473 442442 - P.IVA 01666890213  
info [www.asmerano.it](http://www.asmerano.it) | e-mail [info@asmerano.it](mailto:info@asmerano.it)

affiliata a / angehörig dem  
Federazione Sportiva Nazionale  Nationalen Sportverein  
Ente Sportivo riconosciuto  anerkannten Sportverein  
chiede per il proprio atleta / ersucht für den Athleten

nato a .....  
..... il .....  
residente a .....  
Via .....  
n. .... n. Tel. ....

geboren in .....  
..... am .....  
wohnhaft in .....  
.....-Straße  
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  Kontrollvisite laut  
dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A - D.M. 18.2.82 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 Lido, 4 - 39012 MERANO (BZ)  
Tel. 0473 442442 - P.IVA 01666890213  
info [www.asmerano.it](http://www.asmerano.it) | e-mail [info@asmerano.it](mailto:info@asmerano.it)

Firma del Presidente della Società - Unterschrift des Präsidenten des Vereins

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

**PALLAVOLO**

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 sì, 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 sì  no  morte improvvisa sì  no  altro sì  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 "Sì, 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?

Sì, attualmente  NO  IN PASSATO

**Psiche**

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

Sì, attualmente  NO  IN PASSATO

**Occhi**

DISTURBI VISIVI porta:  OCCHIALI  LENTI CONTATTO

**Naso, seni paranasali**

Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

Sì, attualmente  NO  IN PASSATO

<b>Orecchie</b> Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Apparato respiratorio</b> Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Sistema cardiocircolatorio</b> Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Apparato digerente</b> Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Apparato uro-genitale</b> Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Cute, apparato locomotorio</b> Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Metabolismo</b> Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Per FEMMINE:</b>		
<b>attualmente in gravidanza?</b>	<b>Anomalie del ciclo mestruale?</b>	<b>Mestruazioni in atto?</b>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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 può visionare al sito [www.sabes.it](http://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)