



**AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT**

**Numero iscrizione Albo Regionale B20**

MOD. CARD28/A

Rev.01-09/09/22

Pag.1 di 1

**Responsabile Dr. Totò Giujusa**

Tel. 0422 896743

e-mail cardiologia@giovanni23.it

**RACCORDO ANAMNESTICO**

---

**COGNOME**.....

**NOME**.....

Nato ..... sesso:  maschio  femmina

**NOTIZIE RIGUARDANTI IL PERIODO  
DALL'ULTIMA VISITA MEDICO-SPORTIVA IN QUESTA STRUTTURA**

MALATTIE FAMILIARI (genitori, nonni, fratelli, sorelle)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATLETA**

**MALATTIE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTERVENTI CHIRURGICI/RICOVERI - FRATTURE/LUSSAZIONI/DISTORSIONI  
(segnalare data e tipo di evento)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVENTI/PROBLEMATICHE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EV. ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VISITE MEDICHE PER IDONEITA' SPORTIVA ESEGUITE IN ALTRE STRUTTURE  no  si

- EV. DICHIARAZIONI PRECEDENTI DI NON IDONEITA'  
 si (motivo \_\_\_\_\_)  no

-EV. VISITE IN SOSPESO PER ACCERTAMENTI, PRESSO ALTRE STRUTTURE  no

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Da compilare in caso di impossibilità ad accompagnare il minore:

**DELEGO IL /LA SIG/SIG.RA** \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE IL MINORE (allegare copia del documento del genitore )**

**firma del genitore** \_\_\_\_\_