



AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Numero iscrizione Albo Regionale B20

MOD. CARD28/A

Rev.00-07/03/19

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'
 no si (motivo _____)

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 _____