

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

NOME	COGNOME
NATO IL	A
RESIDENTE A	IN VIA
CAP	
CODICE FISCALE	TELEFONO

Malattie dei nonni, genitori, fratelli, sorelle:

Malattie cardiache	SI	NO	Ipertensione	SI	NO
Diabete	SI	NO	Problemi neurologici	SI	NO
Altro	SI	NO	Se sì quali?		

Malattie del soggetto (se SI, indicare a fianco ulteriori informazioni circa la patologia):

Diabete	SI	NO	
Cardiache	SI	NO	
Respiratorie (es. Asma)	SI	NO	
App. Digerente	SI	NO	
Reumatiche	SI	NO	
Renali	SI	NO	
Ortopediche	SI	NO	
Neurologiche	SI	NO	
Altro	SI	NO	
Interventi chirurgici pregressi	SI	NO	
Sei in trattamento per una qualche condizione ortopedica o fisiatrica ?	SI	NO	
Hai la scoliosi o altri disturbi/dolori vertebrali ?	SI	NO	
Hai i piedi piatti o soffri di disturbi ai piedi ?	SI	NO	
Hai problemi legati al controllo del peso corporeo o stai seguendo una particolare dieta ?	SI	NO	

Altre informazioni del soggetto:

Fumo	SI	NO	
Allergie	SI	NO	
Medicinali assunti	SI	NO	
Ha mai dovuto interrompere l'attività	SI	NO	
Altre segnalazioni:			

Telefono
045 2426477
3791865737

Email
info@poliambulatorioiucopilla.it
www.poliambulatorioiucopilla.it

Indirizzo
Via Archimede, 10 - 37136
San Martino Buon Albergo - VR

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali, e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo, tabacco, sostanze dopanti e alcool.

FIRMA MAGGIORENNE O TUTORE MINORE _____ Data _____

Io sottoscritto acconsento a sottopormi ad esame elettrocardiografico. Dichiaro che qualora ritenga di volerne acquisire una copia ne farò richiesta tramite apposito modulo da richiedere alla Segreteria del POLIAMBULATORIO IUCOPILLA SRL, accettandone i contenuti espressi.

FIRMA MAGGIORENNE O TUTORE MINORE _____ Data _____

Dichiara di **non accettare** il consenso informato (in questo caso non sarà possibile procedere con l'esecuzione dell'esame) a cura del medico visitante ☐

Si avvisa la gentile utenza che, come disposizione Ulss, la documentazione prodotta durante la visita sportiva è per uso interno e deve essere archiviata insieme alla cartella clinica del paziente. Il pagamento della visita comporta il solo certificato sportivo. Qualora il paziente necessiti di tale documentazione, potrà essere rilasciata a seguito della compilazione dell'apposito modulo di richiesta e al pagamento del relativo costo.

FIRMA PER PRESA VISIONE _____

ESAME OBIETTIVO

NOME _____

COGNOME _____

Apparato cardiova-scolare		
Cuore (Toni e Soffi)	Toni validi e ritmici	Altro:
PA	/	
Osservazio ni		
Apparato respiratorio		
EO	Non rumori	Altro:
Note		
Apparato osteo- mu-scolare		
Osservazioni	Nulla	Altro:

Il medico

Data _____



Telefono

045 2426477



3791865737



Email

info@poliambulatorioiucopilla.it



www.poliambulatorioiucopilla.it



Indirizzo

Via Archimede, 10 - 37136

San Martino Buon Albergo - VR