



Ambulatorio di Medicina & Fisiologia dello Sport

Dr. med. Schenk Kai

Specialista in Medicina dello Sport, Diploma COI di Nutrizione

AGON STP srl

via Giovo 129 D, 39049 Vipiteno (BZ)

www.agon.bz.it

N° di protocollo 2026/____/____

ANAMNESI

Cognome e nome: _____, nato/-a il ____/____/____ a _____
residente in via _____ n° ____ a _____, CAP: _____
tel: _____, e-mail: _____@_____._____, femmina maschio

Richiedo la seguente prestazione medico-sportiva:

- visita di idoneità agonistica** per i seguenti sport: _____
associazione sportiva di appartenenza: _____
 visita di idoneità non-agonistica (per il rilascio del certificato di buona salute)
 test funzionale test del lattato misurazione VO₂max sul treadmill sul cicloergometro

In passato Le è stata comunicata una **non-idoneità alla pratica sportiva?** no Sì

Un parente vicino soffre di una malattia del sistema cardiocircolatorio o è deceduto per infarto miocardico o arresto cardiaco all'età inferiore ai 50 anni?

no sì: grado di parentela _____ deceduta/-o all'età di _____ anni

Sono noti casi di ictus in famiglia?

no sì: grado di parentela _____ deceduta/-o all'età di _____ anni

È nota la familiarità per altre patologie?

no sì, patologia: _____

Soffre o ha sofferto di un'affezione:

- del sistema nervoso? no sì in passato, tipo? _____
(trauma cranico, vertigini, emicrania, epilessia, sclerosi multipla, ...)
- della psiche? no sì in passato, tipo? _____
(disturbo nevrotico, attacchi di panico, depressione, ...)
- della vista? no sì in passato, tipo? _____
lo porto occhiali lenti a contatto
- di naso/ seni paranasali? no sì in passato, tipo? _____
(rinite allergica, epistassi, sinusite, ...)
- dell'udito? no sì in passato, tipo? _____
(rottura del timpano, otite media, ipoacusia, acufeni, ...)
- dell'apparato respiratorio? no sì in passato, tipo? _____
(tubercolosi, asma, BPCO, polmonite, fibrosi cistica, ...)
- del sistema cardiocircolatorio? no sì in passato, tipo? _____
(cardiopatia congenita, miocardite, ipertensione arteriosa, aritmie, ...)
- dell'apparato digerente? no sì in passato, tipo? _____
(reflusso gastro-esofageo, gastrite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, ...)
- dell'apparato urinario? no sì in passato, tipo? _____
(pielonefrite, glomerulonefrite, cistite ...)
- dell'apparato locomotorio? no sì in passato, tipo? _____
(reumatismo, artrosi, ernia discale, scoliosi, fratture ossee, ...)
- del sistema endocrino? no sì in passato, tipo? _____
(diabete mellito, disfunzione tiroidea, gotta, dislipidemia, ...)

Ha eseguito analisi del sangue? no, mai sì, nell'anno _____
ev. anomalie: _____

Ha subito interventi chirurgici, infortuni o incidenti?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
in caso affermativo, spieghi: _____		

Fuma?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, da ___ anni, una media di ___ sigarette al giorno
Consuma alcolici?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spesso <input type="checkbox"/> sì, raramente <input type="checkbox"/> vino <input type="checkbox"/> birra <input type="checkbox"/> superalcolici
Beve caffè?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, quante tazzine al giorno? _____

Negli ultimi anni durante la pratica sportiva ha avvertito uno o più dei sintomi e disturbi elencati?		
perdita di coscienza	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____
vertigini o nausea	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____
dolore toracico	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____
palpitazioni (cardiopalmo)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____
dispnea	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____
attacco epilettico	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____
altri sintomi		<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____

Ha sofferto di infezioni febbrili durante le scorse 2 settimane?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: _____
In questo momento si sente ammalato/-a?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, spieghi: _____
Assume farmaci?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, quali: _____

In passato ha effettuato uno di seguenti esami?		
<input type="checkbox"/> ecocardiogramma	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, nell'anno _____ all'ospedale di _____
<input type="checkbox"/> Holter ECG	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, nell'anno _____ all'ospedale di _____
<input type="checkbox"/> profilo pressorio	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, nell'anno _____ all'ospedale di _____

per femmine:		
In questi giorni ha/ ha avuto le mestruazioni?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Soffre di irregolarità o disturbi legati al ciclo mestruale?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: _____
Sa di essere incinta?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, al ___ mese
È in menopausa?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, da ___ anni

Sa di essere affetto da altre malattie, limitazioni fisiche o fattori di rischio che non sono stati rilevati nel questionario, che potrebbero però causare complicanze in associazione con certe pratiche sportive?		
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, spieghi la condizione: _____		

Ha domande al medico?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: - _____ - _____
-----------------------	-----------------------------	---

Dichiara che le informazioni siano complete?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Dichiara che le informazioni fornite siano veritieri?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

firma: _____		
Vipiteno, il ___ / ___ / _____	(genitore o tutore per minorenni)	

Nota: se nel corso della visita emergono dubbi relativi alla continuazione o disturbi di alcun tipo si chiede di comunicarlo per tempo in modo di consentire una reazione adeguata.
La visita può essere liberamente interrotta in ogni momento .