



Ambulatorio di Medicina & Fisiologia dello Sport
Dr. med. Schenk Kai
Specialista in Medicina dello Sport, Diploma COI di Nutrizione
AGONI STP srl
via Giovo 129 D, 39049 Vipiteno (BZ)
www.agoni.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? ☐ no ☐ sì
in caso affermativo, spieghi: _____

Fuma? ☐ no ☐ sì, da ____ anni, una media di ____ sigarette al giorno
Consuma alcolici? ☐ no ☐ sì, spesso ☐ sì, raramente
☐ vino ☐ birra ☐ superalcolici
Beve caffè? ☐ no ☐ 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 ☐ no ☐ sì, spieghi: _____
vertigini o nausea ☐ no ☐ sì, spieghi: _____
dolore toracico ☐ no ☐ sì, spieghi: _____
palpitazioni (cardiopalmo) ☐ no ☐ sì, spieghi: _____
dispnea ☐ no ☐ sì, spieghi: _____
attacco epilettico ☐ no ☐ sì, spieghi: _____
altri sintomi ☐ sì, spieghi: _____

Ha sofferto di infezioni febbrili durante le scorse 2 settimane? ☐ no ☐ sì: _____
In questo momento si sente ammalato/-a? ☐ no ☐ sì, spieghi: _____
Assume farmaci? ☐ no ☐ sì, quali: _____

In passato ha effettuato uno di seguenti esami?
☐ ecocardiogramma ☐ no ☐ sì, nell'anno ____ all'ospedale di _____
☐ Holter ECG ☐ no ☐ sì, nell'anno ____ all'ospedale di _____
☐ profilo pressorio ☐ no ☐ sì, nell'anno ____ all'ospedale di _____

per femmine:

In questi giorni ha/ ha avuto le mestruazioni? ☐ no ☐ sì
Soffre di irregolarità o disturbi legati al ciclo mestruale? ☐ no ☐ sì: _____
Sa di essere incinta? ☐ no ☐ sì, al ____ mese
È in menopausa? ☐ no ☐ 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?
☐ no ☐ sì, spieghi la condizione: _____

Ha domande al medico? ☐ no ☐ sì: - _____
- _____

Dichiara che le informazioni siano complete? ☐ no ☐ sì
Dichiara che le informazioni fornite siano veritiere? ☐ no ☐ sì

firma: _____

Vipiteno, lì ____ / ____ / _____

(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 .