



DATI PERSONALI

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov. (_____)

Peso: Kg _____ Altezza: cm _____

Pratica sport NO SI (specificare) _____

PATOLOGIE PERSONALI DA SEGNALARE

Malattie Cardiache NO SI (specificare) _____

Affanno NO SI

Stanchezza NO SI

Aritmia NO SI

Mal di testa frequenti NO SI

Vertigini NO SI

Disturbi visivi NO SI

Asma NO SI

Diabete NO SI

Epilessia NO SI

Altro (specificare) _____

Assume farmaci NO SI (specificare) _____

Durante l'attività fisica o a riposo ha mai avuto:

Dolore al torace Cuore in gola Tachicardia Fame d'aria Svenimento

PATOLOGIE DEI FAMILIARI (genitori, fratelli, nonni, cugini, zii)

Diabete NO SI Chi: _____

Asma NO SI Chi: _____

Iperensione Arteriosa NO SI Chi: _____

Morte improvvisa NO SI Chi: _____

Malattie di cuore NO SI Chi: _____

Infarto NO SI Chi: _____

Epilessia NO SI Chi: _____

Altro (specificare) _____