

Progetto BATTI IL TEMPO

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 ☐

Progetto BATTI IL TEMPO

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

Diabete	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Asma	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Ipertensione 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)	_____		
