

RICHIESTA VISITA MEDICINA SPORTIVA

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Telefono:

Indirizzo domicilio:

Motivo della visita:

Problematiche da trattare:

- Idoneità sportiva agonistica / non agonistica
- Mancanza di condizione fisica
- Ottimizzazione della performance
- Fatica nello sportivo
- Dispnea allo sforzo
- Problematiche muscolo-scheletriche acute/croniche

Check-up medico sportivo con (esami richiesti):

- Spiroergometria (su ciclo oppure treadmill)
- Cicloergometria
- Treadmill test
- ECG di base
- Eventuali esami supplementari (specificare):

Osservazioni:

Data: **Timbro e firma del medico richiedente:**

- ▶ **Compilare ed inviare a: medicinasportiva.icct@eoc.ch**
- ▶ **Allegare l'ultima documentazione medica disponibile**

Data pubblicazione:	19.12.2024
Ultimo aggiornamento:	19.12.2024
Approvato da:	Ambulatorio di Medicina dello Sport ICCT