

Medical Report

(Versione : 01.04.2021)

Cognome, nome:	Data della visita:
Data di nascita:	Disciplina:

A : Problemi medico-sportivi:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

B : Altri problemi medici:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Ulteriori esami e accertamenti specialistici consigliati:

- 1.
- 2.
- 3.

Raccomandazioni:

- 1.
- 2.
- 3.

Altri risultati:

Altezza : cm (- percentile) Peso : kg (- percentile)

BMI : kg/m² (- percentile)

Pressione arteriosa: / mmHg Frequenza cardiaca: / min

ECG :

Data

Firma e timbro del medico