

Dott. Antonio Sbardella

MEDICO CHIRURGO
BIOTERAPIA NUTRIZIONALE

www.antoniosbardella.it

dr.antoniosbardella@gmail.com

www.bioterapianutrizionale.com

ROMA

Studio Vis Sanatrix Naturae - Via Salaria, 300

Tel. 06.8077688

MILANO

Studio via T. Calzecchi, 6

Tel. 068077688 (segreteria di Roma)

REGGIO CALABRIA

Poliambulatorio La Feluca

ViaTagliavia,3 Tel. 0965.810340

Telefono cellulare 335 6539327



BIOTERAPIA NUTRIZIONALE
DIPARTIMENTO PER LO SPORT

Responsabile

DR. ANTONIO SBARDELLA

Scheda anamnestico-descrittiva dei disturbi o ereditarietà

Anamnesi familiare

Malattie di cuore	NO	SI	.....	Diabete mellito	NO	SI	.....
Morte improvvisa	NO	SI	.....	Mal.Tiroidee	NO	SI	.....
Infarto del miocardio	NO	SI	.....	Mal.Polmonare	NO	SI	.....
Ipertensione	NO	SI	.....	Mal.Neurologiche	NO	SI	.....
Colesterolo alto	NO	SI	.....	Tumori	NO	SI	.....
Obesità	NO	SI	.....	Asma/Allergie	NO	SI	.....

Atleta

Allergie/Asma	NO	SI	.....	Palpitazioni	NO	SI	.....
Mal. renali o epatiche	NO	SI	.....	Mal.Tiroidee	NO	SI	.....
Altre mal. respiratorie	NO	SI	.....	Dolore toracico	NO	SI	.....
Anemia	NO	SI	.....	Vertigini	NO	SI	.....
Colesterolo alto	NO	SI	.....	Crampi	NO	SI	.....
Obesità	NO	SI	.....	Probl. muscolari	NO	SI	.....

Se si, specificare

.....
.....

Interventi chirurgici ? NO SI

Se si, indicare il tipo di intervento ed età

.....
.....

Fratture, lussazioni, distorsioni, gravi traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se si, indicare il tipo di lesione ed età

.....
.....
.....

Occhiali / lenti a contatto NO SI

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico- fisiche e delle affezioni precedenti e di non esser mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre , ai sensi della Legge sulla privacy n°675/96, il consenso a trattare i miei dati personali, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Luogo e data

Firma del dichiarante o di un genitore se minorenne

Dott. Antonio Sbardella

MEDICO CHIRURGO
BIOTERAPIA NUTRIZIONALE

www.antoniosbardella.com
dr.antoniosbardella@gmail.com
www.bioterapianutrizionale.com

ROMA

Studio Vis Sanatrix Naturae - Via Salaria, 300
Tel. 06.8077688

MILANO

Studio via T. Calzecchi, 6
Tel. 068077688 (segreteria di Roma)

REGGIO CALABRIA

Poliambulatorio La Feluca - Via Tagliavia, 3
Tel. 0965.810340

Telefono cellulare 335 6539327



BIOTERAPIA NUTRIZIONALE
DIPARTIMENTO PER LO SPORT
Responsabile
DR. ANTONIO SBARDELLA

Anamnesi alimentare

Descrivere tipo e quantità degli alimenti

Prima colazione:

Spuntino di metà mattina

Pranzo

Spuntino di metà pomeriggio

Cena

Integratori (*tipo, quantità e orari*)

In caso di regime alimentare preparato da un professionista abilitato, allegare una copia della dieta.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico- fisiche e delle affezioni precedenti e di non esser mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della Legge sulla privacy n°675/96, il consenso a trattare i miei dati personali, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Luogo e data

Firma del dichiarante o di un genitore se minorenne