Li _____

Data _____

In data odierna ho visitato per rilascio di certificazione medico sportiva di tipo _____
il/la sig/sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ in via _____ n° _____,

L'atleta necessità di ulteriori accertamenti al fine del rilascio della certificazione:

- ☐ Ecocardiogramma color doppler
- ☐ Holter Pressorio
- ☐ TC delle coronarie
- ☐ Esame Urine
- ☐ Consulenza cardiologica
- ☐ Consulenza diabetologica
- ☐ Holter ECG delle 24h
- ☐ Diario Pressorio
- ☐ RMN _____
- ☐ RX _____
- ☐ Consulenza aritmologica
- ☐ Consulenza pneumologica

Altro:

_____

_____

_____

Motivazione:

_____

_____

_____

Si allega:

- ☐ ECG a riposo
- ☐ Tracciati salienti
- ☐ Esame obiettivo

_____

IL MEDICO