

Valutazione sanitaria

Nome

Indirizzo

Telefono

E-mail

Età

Data di nascita

Nome medico curante

Telefono

Note sanitarie

Fumi?

Quanto ?

Secondo il tuo dottore, hai la pressione troppo alta o troppo bassa?

Hai problemi cardiovascolari riconosciuti?

Se sì, quali?

Il dottore ti ha mai detto che hai livelli di colesterolo alti?

Sei sovrappeso? Di quanto?

Hai problemi di tipo ortopedico?

Stai prendendo dei farmaci o dei prodotti dietetici?

Data dell'ultimo consulto medico

Hai qualche problema sanitario che non è stato ancora menzionato?

Fai dell'esercizio in maniera regolare?

Se si, descrivilo

Quali sono i tuoi obiettivi ?