

CHECK-UP GENERALE

Cognome:	Nome:	Data di Nascita:
Tel:	E-mail:	

Allergie: SI NO

Se sì, indicare quali: _____

Malattie importanti: _____

Interventi chirurgici: _____

Ciclo mestruale SCARSO NORMALE ABBONDANTE

Menopausa INDOTTA NATURALE

Attività fisica NULLA/SCARSA MEDIA INTENSA

Attività lavorativa SEDENTARIA POCO DINAMICA DINAMICA

Abitudini alimentari REGOLARI IRREGOLARI

Acqua al dì FINO 1 LT OLTRE 1 LT

Eventuali diete seguite: _____

Eventuale terapia farmacologica in atto: _____

Peso iniziale kg:	Peso finale kg:
-------------------	-----------------

NOTE: _____

SCHEDA MISURAZIONI

PUNTI DEL TEST	1ª DATA	2ª DATA	3ª DATA
----------------	---------	---------	---------

	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO
ADDOME						
ANCHE						
COSCIA DX						
GINOCCHIO DX						
COSCIA SX						
GINOCCHIO SX						

PUNTI DEL TEST	4ª DATA	5ª DATA	6ª DATA
----------------	---------	---------	---------

	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO
ADDOME						
ANCHE						
COSCIA DX						
GINOCCHIO DX						
COSCIA SX						
GINOCCHIO SX						

Con la presente autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679 e successive modifiche.

DATA _____ FIRMA _____