

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΙΕΡΑΣ ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ ΧΑΛΚΙΔΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

Όλες οι πληροφορίες του ιατρικού δελτίου είναι εμπιστευτικές και θα παραμείνουν στο Ιατρείο της κατασκήνωσης στη διάρκεια της κατασκηνωτικής περιόδου.

Στοιχεία Κατασκηνωτή: Ονοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____

Φύλο: _____ Ομάδα αίματος: _____ Σωματικό βάρος: _____

Διεύθυνση Κατοικίας: _____

Στοιχεία Γονέα/Κηδεμόνα: Ονοματεπώνυμο: _____

Σχέση με τον κατασκηνωτή: _____

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 1. _____ 2. _____

Email: _____

Άλλο άτομο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης :

Ονοματεπώνυμο: _____ Σχέση
με τον κατασκηνωτή: _____ Τηλέφωνο: _____

Ιστορικό Υγείας: Έχει ο κατασκηνωτής κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις;
(Ναι/Όχι - αν ναι, παρακαλώ περιγράψτε)

Αλλεργίες (σε τρόφιμα, φάρμακα, έντομα, περιβάλλον κ.λπ.): _____

Ασθμα ή άλλες αναπνευστικές δυσκολίες: _____

Επιληψία ή άλλες νευρολογικές διαταραχές: _____

Διαβήτης: _____ Καρδιακές παθήσεις: _____

Προβλήματα όρασης ή ακοής: _____

Προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχικής υγείας: _____

Άλλες ιατρικές παθήσεις: _____

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΙΕΡΑΣ ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ ΧΑΛΚΙΔΟΣ

Λαμβάνει ο κατασκηνωτής κάποια φαρμακευτική αγωγή; Αν ναι, παρακαλώ αναφέρετε το φάρμακο, τη δοσολογία και τη συχνότητα: _____

Υπάρχουν ειδικές οδηγίες για τη χορήγηση φαρμάκων; _____

Έχει ο κατασκηνωτής κάποιον περιορισμό στη φυσική δραστηριότητα; Αν ναι, παρακαλώ περιγράψτε: _____

Ξέρει κολύμπι; _____

Έχει διαταραχές ύπνου; (υπνοβασία, νυκτερινή ενούρηση κλπ) _____

Υπάρχουν ειδικές διατροφικές ανάγκες ή περιορισμοί; _____

Έχει ο κατασκηνωτής πρόσφατα εκτεθεί σε κάποια μεταδοτική ασθένεια; _____

Υπάρχουν άλλες πληροφορίες σχετικά με την υγεία του κατασκηνωτή που θα ήταν χρήσιμο να γνωρίζει το προσωπικό της κατασκήνωσης; _____

Έχει κάνει τα απαραίτητα για την ηλικία του εμβόλια; _____

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο ανωτέρω κατασκηνωτής εξετάστηκε σήμερα _____ και βρέθηκε κλινικά υγιής. Βεβαιώνω ότι μπορεί να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες της κατασκήνωσης.

Ο ιατρός

(υπογραφή και σφραγίδα)

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΙΕΡΑΣ ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ ΧΑΛΚΙΔΟΣ

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Δίνω την άδειά μου στο προσωπικό της κατασκήνωσης να παρέχει πρώτες βοήθειες και να αναζητήσει μη επείγουσα ιατρική φροντίδα για το παιδί μου, εάν κριθεί απαραίτητο.

Δίνω την άδειά μου στο προσωπικό της κατασκήνωσης να μεταφέρει το παιδί μου στην πλησιέστερη ιατρική μονάδα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και να λάβει την απαραίτητη ιατρική φροντίδα. Κατανοώ ότι θα ενημερωθώ το συντομότερο δυνατόν.

Δίνω την άδειά μου στο προσωπικό της κατασκήνωσης να χορηγήσει μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στο παιδί μου.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα