

ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ 2024

Όνοματεπώνυμο Κατασκηνωτή/τριας : _____

Σωματικό βάρος : _____

Ομάδα αίματος : _____

Σημειώστε με x τις παιδικές ασθένειες που έχει περάσει ο Κατασκηνωτής:

Ιλαρά [] Παρωτίτιδα [] Ερυθρά [] Ανεμοβλογιά [] Οστρακιά [] Κοκίτη [] Αλλεργία []

Τροφική δυσανεξία [] Προσδιορίστε σε τι: _____

Έχει περάσει άλλη σοβαρή αρρώστια ; Ναι [] Όχι []

Εάν ναι, ποια;

Έχει κάποια διάγνωση ασθένειας; Ναι [] Όχι []

Εάν ναι, ποια;

Σημειώστε εάν έχει γίνει εμβόλιο τετάνου και την ημερομηνία της τελευταίας επαναληπτικής δόσης

Ναι [] Όχι [] Ημερομηνία : _____

Έχει εμβολιαστεί κατά της Covid-19; Ναι [] Όχι []

Ημερομηνία _____

Έχει νοσήσει από Covid-19; Ναι [] Όχι []

Ημερομηνία _____

Έχει παρουσιάσει ποτέ:

Αναπνευστικό Πρόβλημα [] Ρινορραγία [] Υπνοβασία [] Επιληπτική κρίση []

Βρίσκεται υπό φαρμακευτική αγωγή; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Εάν ΝΑΙ, ποια είναι η αιτία; _____

Ποια φάρμακα λαμβάνει το παιδί; _____

Δοσολογία : _____

Διάρκεια : _____

Γνωρίζει κολύμπι ; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Γράψτε εδώ όποια άλλη πληροφορία, θεωρείται σημαντική:

Παρακαλούμε το Ιατρικό Δελτίο, να υπογραφεί και να σφραγισθεί από τον Οικογενειακό σας Ιατρό

Ο/Η Ιατρός

Ημερομηνία έκδοσης Ιατρικού Δελτίου

...../...../...../2024.

Υπογραφή

Σφραγίδα Ιατρού