

Η ΧΩΡΑ ΤΩΝ ΛΩΤΟΦΑΓΩΝ - ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΟΝΕΑ: _____

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΓΟΝΕΑ: _____

ΒΑΡΟΣ: _____ ΥΨΟΣ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____

Τα εμβόλια έχουν γίνει κανονικά; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν όχι ποια και γιατί; _____

Εμβόλιο Τετάνου ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΕΧΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΠΟΤΕ ΚΑΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ;

☐ ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ ☐ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ☐ ΣΠΑΣΜΟΥΣ

☐ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ☐ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

Αλλεργίες σε φάρμακα; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αλλεργίες σε DEPON ή PONSTAN ή ALGOFREN; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Λιποθυμικές κρίσεις; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Νυχτερινή ενούρηση; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Υπνοβατεί; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ

☐ Ιλαρά ☐ Παρωτίτιδα ☐ Ανεμοβλογιά

☐ Ερυθρά ☐ Οστρακιά ☐ Κοκκύτης

ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ναι, ποια; _____

ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΤΩΡΑ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ναι σε ποια; _____

Τι φάρμακα παίρνει; _____

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΟΣ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ _____

Η συλλογή των παραπάνω στοιχείων αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ομαλή οργάνωση και λειτουργία της κατασκήνωσης. Πρόσβαση σε αυτά έχει μόνο το ιατρικό προσωπικό της κατασκήνωσης. Δεν κοινοποιούνται πουθενά, είναι απολύτως εμπιστευτικά και θα διατηρηθούν στις απόλυτα προστατευμένες και ελεγχόμενες εγκαταστάσεις της επιχείρησης. Ως διάρκεια αποθήκευσης ορίζεται το τέλος ολόκληρης της καλοκαιρινής περιόδου. Έχετε την δυνατότητα ανά πάσα στιγμή να επικαιροποιήσετε τα δεδομένα και εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαμονή του παιδιού σας στην κατασκήνωση να ζητήσετε την διαγραφή τους πριν την λήξη της καλοκαιρινής περιόδου με αίτηση σας στο λογιστήριο της επιχείρησης. Επίσης έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε αντίγραφο των παραπάνω δεδομένων με αίτηση σας στο λογιστήριο της επιχείρησης.

Ημερομηνία

Υπογραφή