



Φωτογραφία παιδιού

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

(Απολύτως εμπιστευτικό – Παρακαλούμε να συμπληρωθεί σχολαστικά από τον οικογενειακό σας ή άλλο γιατρό)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

1. Σωματικό βάρος (κατά προσέγγιση): _____ kg
2. Εμβόλια (έχουν γίνει κανονικά) ναι όχι
3. Έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο ναι όχι
4. Έχει παρουσιάσει ποτέ κάτι από τα ακόλουθα:
 - Σπαστική βρογχίτιδα
 - Βρογχικό άσθμα
 - Σπασμούς Τι είδους – αιτιολογία: _____
 - Επιληπτική συνδρομή
 - Αλλεργία Τι είδους και σε τι: _____
 - Λιποθυμικές κρίσεις Αιτιολογία: _____
 - Ρινικές παθήσεις
 - Παθήσεις αυτιών
5. Υπάρχει λόγος που απαγορεύεται να τρώει τα εξής φαγητά:

6. Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15 λεπτά) ναι όχι

Εάν όχι, υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια: _____

7. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες:

Ιλαρά Ερυθρά Παρωτίτιδα Οστρακιά Ανεμοβλογιά Κοκκύτης

Άλλες σημαντικές ασθένειες: _____

8. Υπάρχει νυχτερινή ενούρηση: ναι όχι

9. Υπνοβατεί: ποτέ μερικές φορές συχνά

10. Βρίσκεται υπό φαρμακευτική θεραπεία:

ναι όχι

αιτία: _____

είδος φαρμάκων: _____

δοσολογία: _____

έναρξη της θεραπείας: _____

ιατρός που σύστησε τη θεραπεία: _____

τηλ.: _____

11. Έχει ευαισθησία στον ήλιο:

ναι όχι

12. Υπάρχει πρόβλημα με το ένζυμο G6 PD:

ναι όχι

13. Πάσχει από μεταδοτικά νοσήματα:

ναι όχι

14. Η εν γένει κατάσταση της υγείας του επιτρέπει τη συμμετοχή του σε κατασκηνωτικό πρόγραμμα

ναι όχι

Στοιχεία υπογράφοντος το έντυπο:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

Διεύθυνση: _____ Τηλέφωνο: _____

Σχέση με το παιδί: _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή γιατρού και σφραγίδα:
