



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:
