



ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ «ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ»

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΕΑ Α.Ε.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ 2025

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ.:		ΑΜΚΑ:	
ΚΙΝΗΤΟ:		ΚΑΤ. ΠΕΡΙΟΔΟΣ:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:		ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:	
ΚΙΝΗΤΟ ΓΟΝΕΑ:		ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:		ΠΕΡΙΟΧΗ:	

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΗΛΙΚΙΑ:.....ετών ΥΨΟΣ:.....m ΒΑΡΟΣ:.....kg ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:.....

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ: ☐ ΠΛΗΡΗΣ (σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα)

☐ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ:.....

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ COVID-19:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....δόσεις
ΝΟΣΗΣΗ COVID-19:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....φορές
ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:	☐ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ☐ ΙΛΑΡΑ ☐ ΑΛΛΟ:.....
ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΧΕΙΡ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΙΜΑ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΑΛΛΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΑΛΛΕΣ ΕΝΖΥΜΟΠΑΘΕΙΕΣ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....

Έχει ελεγχθεί από καρδιολόγο (ΗΚΓ, Triplex); ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ..... (Πόρισμα)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ
Κάταγμα			
Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση			
Σπασμοί			
Δύσπνοια			
Απώλεια Αισθήσεων			
Νυχτερινή Ενούρηση			
Υπνοβασία			
Άλλο			
ΤΩΡΙΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ
Σακχαρώδης Διαβήτης			
Επιληψία			
Βρογχικό Άσθμα			
Υποθυρεοειδισμός			
Υπερθυρεοειδισμός			
Άλλο			

Υπάρχει αντένδειξη για τη συμμετοχή του κατασκηνωτή σε κάποια δραστηριότητα;

☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ:.....

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:

.....
.....

Όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι απολύτως εμπιστευτικά, δεν κοινοποιούνται, παρέχονται από τους γονείς και αποσκοπούν στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της κατασκήνωσης με στόχο την καλύτερη παροχή φροντίδας στο παιδί σας κατά τη διάρκεια της παραμονής του στην κατασκήνωση. **Όλες οι φαρμακευτικές αγωγές των παιδιών θα παραδίδονται στον Ιατρό κατασκήνωσης κατά την άφιξη τους!**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....//2025

Ο ΙΑΤΡΟΣ
(Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή)

Ο ΓΟΝΕΑΣ
(Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή)