

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ - ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Επώνυμο:..... Όνομα:.....

Όνομα πατέρα:..... Όνομα μητέρας:.....

Ημ/νία γέννησης:.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας:.....

**Εμβολιασμός:**

Πλήρης: ....., Υπολείπονται:.....

**Αντιτετανικός ορός:**

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Υποφέρει από κάποιο υποκείμενο νόσημα:**

Άσθμα....., Σακχαρώδη διαβήτη....., Μεσογειακή αναιμία.....,

Καρδιακά νοσήματα....., Έλλειψη ενζύμου.....,

Άλλο.....

**Αλλεργίες:** σε τροφή, φάρμακο, ζώα, περιβάλλον ή κάτι άλλο:

.....  
.....

**Φάρμακα που τυχόν του χορηγούνται:**

.....  
.....

**Προβλήματα ψυχολογικής αιτιολογίας** (ενούρηση, ονυχοφαγία, υπνοβασία κτλ.):

.....  
.....

**Έχει ο κατασκηνωτής κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα τις:** πυρετός, βήχας ,  
καταρροή, φαρυγγαλγία, διάρροιες, έμετοι, κεφαλαλγία, κτλ.

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Ανήκει ο κατασκηνωτής σε κάποια από τις ευπαθείς ομάδες;**

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Έχει εμφανίσει, ο κατασκηνωτής, συμπτώματα του COVID-19 τις τελευταίες 14  
ημέρες:**

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Έχει εμφανιστεί κρούσμα στο στενό οικογενειακό/κοινωνικό σας περιβάλλον τις  
τελευταίες 14 ημέρες:**

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Έχει έρθει σε επαφή ο κατασκηνωτής, με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID – 19 τις  
τελευταίες 14 ημέρες:**

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Έχει ταξιδέψει στο εξωτερικό ο κατασκηνωτής ή κάποιο μέλος της οικογένειας τις τελευταίες 14 ημέρες:**

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Άλλες παρατηρήσεις σχετικά με την υγεία του παιδιού, που πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός της κατασκήνωσης και τα**

**στελέχη:.....**

Βιβλιάριο Υγείας....., Βιβλιάριο Ασθενείας.....

Θερμομέτρηση εισόδου .....

rapid test ή self test κατά την είσοδο τους ΝΑΙ -ΟΧΙ

**Επισυνάπτεται έγγραφη σύμφωνη γνώμη θεράποντος ιατρού (αν υπάρχουν υποκείμενα νοσήματα:**

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σημειώσεις:

- Η ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΤΗΣ ΙΕΡΑΣ ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ ΚΥΔΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΟΡΩΝΟΥ δε φέρει καμία ευθύνη σε περίπτωση αναληθών στοιχείων
- Λόγω δημοσίου συμφέροντος τα ανωτέρω στοιχεία δεν εμπίπτουν στον κανονισμό για το GDPR
- Δεν έχω καμία απαίτηση από την ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΤΗΣ ΙΕΡΑΣ ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ ΚΥΔΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΟΡΩΝΟΥ σε περίπτωση νόσησης από τον COVID-19 ή άλλο λοιμώδες νόσημα

**ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ**

.....