**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 o 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 σελφ τεστ 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**

**…………….…….**