



ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΗ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ  
ΝΕΑΝΙΚΕΣ ΕΝΟΡΙΑΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ  
ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΕΩΣ  
ΑΓΙΟΣ ΑΙΔΗΨΟΥ - ΒΟΡΕΙΑ ΕΥΒΟΙΑ

## Ιατρική Βεβαίωση - Ερωτηματολόγιο Υγείας

(Συμπληρώνεται από τον παιδίατρο ή τον οικογενειακό ιατρό)

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ:** \_\_\_\_\_

1. Υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας μετά από ατυχήματα; Ναι  Όχι

2. Είχε κάποιο πρόβλημα με τη γυμναστική στο σχολείο; Ναι  Όχι

Αν ναι, ποιο; \_\_\_\_\_

3. Πάσχει από συχνές κεφαλαλγίες; Ναι  Όχι

4. Είχε ποτέ τάση λιποθυμίας; Ναι  Όχι

5. Έχει ποτέ λιποθυμήσει; Ναι  Όχι

Αν ναι, πότε ήταν η τελευταία φορά; \_\_\_\_\_

6. Έχει ιστορικό προκάρδιου άλγους; Ναι  Όχι

7. Έχει ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης; Ναι  Όχι

8. Έχει ιστορικό καρδιακής αρρυθμίας; Ναι  Όχι

9. Πάσχει από άσθμα; Ναι  Όχι

10. Πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη; Ναι  Όχι

11. Πάσχει από γαστρεντερικές διαταραχές; Ναι  Όχι

12. Πάσχει από δερματικά προβλήματα (π.χ. εξανθήματα); Ναι  Όχι

13. Έχει ορθοπεδικά προβλήματα (οσφυαλγία, αρθρίτιδα, κακώσεις, κατάγματα); Ναι

Όχι  Αν ναι, προσδιορίστε: \_\_\_\_\_

14. Έχει νοσήσει από Ηπατίτιδα Α, Β ή C; Ναι  Όχι  Προσδιορίστε: \_\_\_\_\_

15. Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε κάποιο νοσοκομείο; Ναι  Όχι

Αν ναι, πότε και για ποιο λόγο; \_\_\_\_\_

16. Παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα υγείας τώρα; Ναι  Όχι

Αν ναι, ποιο; \_\_\_\_\_

17. Λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή; Ναι  Όχι

Αν ναι, ποια; \_\_\_\_\_

18. Υπάρχει ιστορικό αλλεργίας; Ναι  Όχι

Σε κάποιο φάρμακο; Ναι  Όχι

Σε κάποιο φαγητό; Ναι  Όχι

Οτιδήποτε άλλο: \_\_\_\_\_

19. Έχει κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα για το οποίο συμβουλευτήκε ειδικό; Ναι

Όχι  Προσδιορίστε: \_\_\_\_\_

20. Έχει κάποιο πρόβλημα με τον ύπνο; (αϋπνία, νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία) Ναι

Όχι  Προσδιορίστε: \_\_\_\_\_

21. Έχει ακολουθήσει το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού; Ναι  Όχι

### Πιθανοί περιορισμοί ή απαγορεύσεις

Διαιτολόγιο: \_\_\_\_\_

Γυμναστική / Άθληση / Πορείες: \_\_\_\_\_

Άλλο: \_\_\_\_\_

### Υπεύθυνη Δήλωση Ιατρού

Βεβαιώνω ότι ο/η \_\_\_\_\_ μπορεί να συμμετέχει κανονικά στις δραστηριότητες της κατασκήνωσης.

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Υπογραφή Ιατρού & Σφραγίδα:

\_\_\_\_\_

### Υπεύθυνη Δήλωση Γονέα / Κηδεμόνα

Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι το παιδί μας είναι υγιές και μπορεί να συμμετέχει στο κατασκηνωτικό πρόγραμμα.

Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα:

\_\_\_\_\_