



**ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΠΡΟΠΟΝΗΤΩΝ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ – ΒΟΗΘΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΦΥΛΟ: Α Θ ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ (Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ) : _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ: _____

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

1. Είχατε πρόσφατα νοσηλευτεί για CoVID-19;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____

2. Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ PCR (ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα) για CoVID-19;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____

Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____

3. Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ αντισωμάτων για CoVID-19;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____

Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____

4. Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από CoVID-19;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____

5. Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) _____

6. Είχατε πρόσφατα (τελευταίες 6 εβδομάδες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

7. Έχετε αίσθημα εύκολης κόπωσης, ξηρό βήχα ή δύσπνοια τις τελευταίες 6 εβδομάδες;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

8. Είστε καπνιστής/καπνίστρια;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα: _____)

9. Έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε;

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ (Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ)

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνει υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή.

Κατανοούμε ότι η συλλογή αυτών των πληροφοριών γίνεται για καθαρά ιατρικούς σκοπούς και ότι λεπτομέρειες της υγείας του αθλητή δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα.

Κατανοούμε επίσης ότι το Ιατρικό Επιτελείο μπορεί να προτείνει την προσωρινή ή και οριστική απομάκρυνση του αθλητή από τις αθλητικές δραστηριότητες εφόσον κριθεί ότι αυτή μπορεί να επιδεινώσει κάποιο πρόβλημα υγείας ή ακόμη και να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τη δική του ή άλλων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΙΔΙΟΤΗΤΑ _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____