



ΔΕΛΤΙΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ :

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ :

1. Έχει παρουσιάσει το παιδί κάτι από τα ακόλουθα :

- * Σπαστική βρογχίτιδα ΝΑΙ ΟΧΙ
- * Βρογχικό άσθμα ΝΑΙ ΟΧΙ
- * Σπασμούς ΝΑΙ ΟΧΙ
- (αν ΝΑΙ τι είδους ;)
- * Αλλεργία ΝΑΙ ΟΧΙ
- (αν ΝΑΙ τι είδους ;)
- * Λιποθυμικές κρίσεις ΝΑΙ ΟΧΙ
- (αν ΝΑΙ, ποιός αιτιολογίας ;)

2. Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15') ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Εάν ΟΧΙ υπάρχει συγκεκριμένη αιτία, και ποιά ;

3. Ομάδα αίματος του παιδιού :

4. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες αρρώστιες :

ΙΛΑΡΑ..... , ΕΡΥΘΡΑ , ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ..... ,
ΟΣΤΡΑΚΙΑ , ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ , ΚΟΚΚΥΤΗ

5. Έχει κάνει πρόσφατα αντιτετανικό εμβόλιο :

ΝΑΙ Πότε ; ΟΧΙ

6. Βρίσκετε τώρα υπο φαρμακευτική αγωγή ; ΝΑΙ..... ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ ποιά αιτία..... ποιά φάρμακα

Δοσολογία

Όνομα και τηλέφωνο γιατρού που σύστησε τα φάρμακα

.....

7. ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η έμπροσθεν αιτούμενος/η δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετέχει σε αθλητικές και κολυμβητικές δραστηριότητες, στο ημερήσιο προγράμματα αθλητικής απασχόλησης του ΔΗΜΟΥ ΦΙΛΟΘΕΗΣ -ΨΥΧΙΚΟΥ και της ΔΗ.Κ.Ε.ΦΙ.Ψ

Ο ΙΑΤΡΟΣ// 2014

(Υπογραφή και σφραγίδα)