

ΟΜΑΔΑ :

Ημ/νία εξέτασης :

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ – ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΚΩΔΙΚΟΣ :

Η παρούσα φόρμα συμπληρώνεται από τον αθλούμενο τον ίδιο ή από τον κηδεμόνα του (σε περίπτωση ανηλίκου), πριν συναντήσει τον ιατρό. Ο ιατρός και το ιατρικό κέντρο θα κρατήσουν τη φόρμα στο αρχείο τους.

Ονοματεπώνυμο :

Πατρώνυμο :

Ημ/νία Γέννησης :

Διεύθυνση :

Τηλέφωνο : σταθερό : ΚΙΝ.

E-mail :

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

- Έχετε ποτέ λιποθυμήσει ή σχεδόν λιποθυμήσει κατά τη διάρκεια ή μετά την άσκηση;
Ναι..... Όχι.....
- Έχετε νοιώσει ποτέ πόνο, δυσφορία, σφίξιμο ή βάρος στο στήθος σας κατά τη διάρκεια της άσκησης ; Ναι..... Όχι.....
- Σας είχε πει ποτέ ο γιατρός σας ότι έχετε κάποιο πρόβλημα με την καρδιά σας; Αν ΝΑΙ παρακαλώ διευκρινίστε το : Υψηλή πίεση..... Υψηλή χοληστερίνη..... Φύσημα στην καρδιά..... Λοίμωξη στην καρδιά..... Άλλο.....
- Έχει πεθάνει κάποιο μέλος της οικογενείας σας από κάποιο πρόβλημα στην καρδιά ή έχει πεθάνει απρόσμενα και από ανεξήγητα αίτια πριν την ηλικία των 50 ετών; (λαμβάνεται υπόψη ο πνιγμός, ανεξήγητο τροχαίο δυστύχημα, ή ξαφνικό γενετικό σύνδρομο)
Ναι..... Όχι.....
- Έχει κανένας στην οικογένειά σας πρόβλημα στην καρδιά, βηματοδότη ή εμφυτευμένο απινιδωτή; Ναι..... Όχι.....
- Είχατε πρόσφατα νοσηλευτεί για CoVID-19;
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες)

7. Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;

- a. A. OXI
- b. B. NAI (Σε ποιες χώρες)

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

- a. A. OXI
- b. B. NAI

(Αναλύστε)_____

9. Είχατε ποτέ τραυματιστεί σε οστό, σύνδεσμο μυ, ή τένοντα που σας ανάγκασε να χάσετε προπονήσεις ή αγώνες ; Ναι..... Όχι.....

10. Είχατε ποτέ τραυματισμό που χρειάστηκε να κάνετε ακτινογραφίες, μαγνητική ή αξονική τομογραφία, ενέσεις, ειδική θεραπεία ; Ναι..... Όχι.....

Διευκρινίστε τις απαντήσεις που δώσατε NAI :

.....

.....

.....

Δηλώνω ότι από όσο γνωρίζω, οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθείς.

Δίνω τη συγκατάθεσή μου στον ιατρό και στο ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ CITY DOCTORS Ε.Π.Ε για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στα πλαίσια του κανονισμού 2016/679. Σκοπός της επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων αποτελεί αποκλειστικά η παροχή των υπηρεσιών τις οποίες αιτείται ο εξεταζόμενος. Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν.3418/2005 (κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας) είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα εξής : Ονοματεπώνυμο, Πατρώνυμο, Ημερομηνία Γέννησης, Διεύθυνση, Τηλέφωνο, Email, Ενοχλήματα της υγείας του, Αποτελέσματα κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων. Τα δεδομένα αυτά δεν χορηγούνται σε τρίτους πέραν του Συστήματος Υγείας ΠΑΡΟΝCLUB για την έκδοση της ετήσιας ατομικής κάρτας υγείας και η χρονική διάρκεια τήρησής τους είναι δέκα (10) έτη. Ο εξεταζόμενος έχει το δικαίωμα να κοινοποιήσει εγγράφως αίτημα για : τροποποίηση, διαγραφή, περιορισμό και ανάληψη των δεδομένων του.

Έλαβα γνώση και συναινώ

Υπογραφή αθλητή

Υπογραφή κηδεμόνα.....