



ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .../.../.....

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

- Είχατε πρόσφατα νοσηλευτεί για CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____
- Είχατε κάνει τεστ PCR (ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα) για CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ
- Είχατε κάνει Rapid test(εντός 48 ωρών) για CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ
- Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____
- Είχατε πρόσφατα (τελευταίες 14 ημέρες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- Έχετε αίσθημα εύκολης κόπωσης, ξηρό βήχα ή δύσπνοια τις τελευταίες 14 ημέρες;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- Έχετε αλλεργία σε ουσίες, φαγητό ή φάρμακα;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- Έχετε κάνει εντός των τελευταίων 3 μηνών καρδιολογικές εξετάσεις (π.χ. καρδιογράφημα ή triplex);**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος αθλητής δηλώνουμε 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.

Ο ΑΘΛΗΤΗΣ(Ονοματεπώνυμο-Ολογράφως)

ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____