

# ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ GREEN CAMP

Είναι απαραίτητο ο κατασκηνωτής να έχει κάνει **RAPID-TEST** με **αρνητικό** αποτέλεσμα, το οποίο και θα κρατάει, έως 2 ημέρες πριν την είσοδο του στην κατασκήνωση!

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ:**

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ RAPID TEST:**

Επώνυμο:..... Όνομα:.....

Όνομα πατέρα:..... Όνομα μητέρας:.....

Ημ/νία γέννησης:.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας:.....

Εμβολιασμός: Πλήρης: ..... Υπολείπονται:.....

Αντιτετανικός ορός:    ΝΑΙ        ΟΧΙ   

**Υποφέρει από κάποιο νόσημα:**

Άσθμα....., Σακχαρώδη διαβήτη....., Μεσογειακή αναιμία....., Καρδιακά νοσήματα.....,  
Έλλειψη ενζύμου....., Άλλο.....

**Αλλεργίες:** σε τροφή, φάρμακο, ζώα, περιβάλλον ή κάτι άλλο:.....

**Φάρμακα που τυχόν του χορηγούνται:** .....

**Προβλήματα ψυχολογικής αιτιολογίας** (ενούρηση, ονυχοφαγία κτλ.):.....

**Έχει εμφανίσει, ο κατασκηνωτής, συμπτώματα του COVID-19:**

ΝΑΙ       ΟΧΙ       ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

**Έχει εμφανιστεί κρούσμα στο στενό οικογενειακό σας περιβάλλον:**

ΝΑΙ       ΟΧΙ       ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

**Έχει εμφανιστεί κρούσμα στο ευρύτερο κοινωνικό σας περιβάλλον:**

ΝΑΙ       ΟΧΙ       ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Έχω επισκεφτεί περιοχή/πόλη/χώρα εκτός του νομού διαμονής μου τον τελευταίο μήνα:

ΟΧΙ    ΝΑΙ    1.....    2.....    3.....

Συναινώ      Δεν συναινώ      για την διενέργεια εβδομαδιαίου self test

ΗΜ/ΝΙΑ    .....    ΟΝΟΜ/ΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ    .....