

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

(Να συμπληρωθεί και παραδοθεί κατά την είσοδο στην κατασκήνωση)

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_ ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΦΥΛΟ: Α Θ ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: \_\_\_\_\_ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ : \_\_\_\_\_ ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_

#### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

1. Έχετε 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 14 μέρες στο εξωτερικό;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Έχετε κατά την είσοδο στην κατασκήνωση πυρετό , βήχα , καταρροή, φαρυγγαλγία, διάρροιες, έμετοι, κεφαλαλγία, δύσπνοια κτλ;
- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Έχει κάποιο χρόνια νόσημα (όπως σακχαρώδης διαβήτης ή άσθμα);
- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Σας έχει ενημερώσει ποτέ ιατρός ότι έχετε ένα από τα ακόλουθα;
- A. Υψηλή αρτηριακή πίεση  
B. «Φύσημα» στην καρδιά  
Γ. Υψηλή χοληστερίνη  
Δ. Φλεγμονή στην καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα)
9. Είστε καπνιστής/καπνίστρια ;
- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ

#### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

Κατανόω ότι η συλλογή αυτών των πληροφοριών γίνεται για καθαρά ιατρικούς σκοπούς σύμφωνα με την Αρ.Πρωτ.Δ11/οικ.23973/811 εγκύκλιο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και ότι οι λεπτομέρειες της υγείας μου δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα.

Κατανόω επίσης ότι το Ιατρικό Επιτελείο μπορεί να προτείνει την μη είσοδο ή την οριστική απομάκρυνση μου από την κατασκήνωση εφόσον κριθεί ότι αυτή μπορεί να επιδεινώσει κάποιο πρόβλημα υγείας ή ακόμη και να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τη δική μου ή άλλων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΕ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_ ΥΠΟΓΡΑΦΗ \_\_\_\_\_