



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

(Να συμπληρωθεί και παραδοθεί κατά την είσοδο στην κατασκήνωση)

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΦΥΛΟ: Α Θ ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΟΝΕΩΝ : _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ : _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : _____

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙ)

- Έχετε εσείς ή ο/η κατασκηνωτής/ρια πρόσφατα νοσηλευτεί για CoVID-19;**
 - ΟΧΙ
 - ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____
- Είχατε κάνει εσείς ή ο/η κατασκηνωτής/ρια για οποιοδήποτε λόγο τεστ PCR, τεστ ανίχνευσης αντιγόνου(rapid test) ή self test για CoVID-19;**
 - ΟΧΙ
 - ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
 - ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
- Είχατε εσείς ή ο/η κατασκηνωτής/ρια κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ αντισωμάτων για CoVID-19;**
 - ΟΧΙ
 - ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
 - ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
- Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από CoVID-19;**
 - ΟΧΙ
 - ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____
- Ταξιδέψατε εσείς ή ο/η κατασκηνωτής/ρια τις τελευταίες 14 μέρες στο εξωτερικό;**

- A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) _____

6. Έχετε εσείς ή ο/η κατασκηνωτής/ρια κατά την είσοδο στην κατασκήνωση πυρετό , βήχα , καταρροή, φαρυγγαλγία, διάρροιες, έμετοι, κεφαλαλγία, δύσπνοια κτλ;

- A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

7. Έχει κάποιο χρόνιο νόσημα (όπως σακχαρώδης διαβήτης ή άσθμα);

- A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

8. Σας έχει ενημερώσει ποτέ ιατρός ότι έχει ο κατασκηνωτής ένα από τα ακόλουθα;

- A. Υψηλή αρτηριακή πίεση
B. «Φύσημα» στην καρδιά
Γ. Υψηλή χοληστερίνη
Δ. Φλεγμονή στην καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

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

Κατανοούμε 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 του κατασκηνωτή δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα.

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΕ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ _____

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____