



ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κοινότητα

Ομάδα:

Επίθετο:

Όνομα:

Όνομα πατέρα:

Όνομα μητέρας:

Ηλικία:

Ομάδα αίματος:

Βάρος:

Έχει εμβολιαστεί πλήρως για τα συνήθη προβλεπόμενα λοιμώδη νοσήματα, όπως ενδεικτικά ιλαρά, ερυθρά, τέτανος κτλ;

Ναι

Όχι

Αν όχι, ποια υπολείπονται:

Υποφέρει από κάποιο νόσημα (όπως ενδεικτικά άσθμα, σακχαρώδη διαβήτη, μεσογειακή αναιμία, καρδιακά νοσήματα, σπαστική βρογχίτιδα, έλλειψη ενζύμου gbrd, επιληπτική συνδρομή) που να χρήζει ιατρικής παρακολούθησης;

Ναι

Όχι

Αν ναι, ποιο:

Παρουσιάζει αλλεργία σε κάποια τροφή, φάρμακο, ζώο, περιβάλλον ή σε κάτι άλλο;

Ναι

Όχι

Αν ναι, τι είδους αλλεργία και σε τι;

Έχει περάσει κάποια σημαντική ασθένεια;

Ναι

Όχι

Αν ναι, ποια και πότε;

Παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα ψυχολογικής αιτιολογίας (νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία, ονυχοφαγία κτλ);

Ναι

Όχι

Αν ναι, ποιο και πόσο συχνά;

Λαμβάνει επί του παρόντος φαρμακευτική αγωγή;

Ναι

Όχι

Αν ναι, για ποια αιτία και μέχρι πότε;

Εμφανίζει κάποια αναπτυξιακή διαταραχή, όπως Σύνδρομο Asprenger, Σύνδρομο Tourette, Φάσμα Αυτισμού κτλ;

Ναι

Όχι

Εάν ναι, υπάρχει διάγνωση ;

Από πότε;

Παρακολουθείται από ειδικό ιατρό;

Τα φάρμακα παραδίδονται στον ιατρό της κατασκήνωσης "The Ranch" και οι γονείς/κηδεμόνες με δική τους αποκλειστική ευθύνη αναλαμβάνουν να τον ενημερώσουν προσηκόντως για την αιτία λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, τη συνιστώμενη δοσολογία της, το όνομα του ιατρού που συνέστησε την αγωγή, το συνταγολόγιο καθώς και το τηλέφωνο επικοινωνίας του. Θα θέλατε να μας επιστήσετε την προσοχή μας σε κάτι άλλο που αφορά την υγεία του παιδιού σας ή τη συμπεριφορά του;

→Δηλώνω υπεύθυνα ότι το παρόν ενημερωτικό δελτίο περιλαμβάνει το πλήρες και αληθές ιατρικό ιστορικό του παιδιού μου, καθώς και ότι μέχρι σήμερα ουδέν άλλο πρόβλημα υγείας παρουσιάζει, σύμφωνα με τις σχετικές ιατρικές βεβαιώσεις.

→Συναινώ στη διακομιδή του παιδιού μου σε νοσοκομείο, εφόσον κριθεί απαραίτητο από τον ιατρό της κατασκήνωσης "The Ranch".

→Συναινώ στη χορήγηση από τον ιατρό κατασκήνωσης "The Ranch" αντιτυρερικού/παυσίπνου (βασική δραστική ουσία: παρακεταμόλη ή ιβουπροφαίνη), εφόσον τούτο κριθεί απαραίτητο για την αντιμετώπιση τυχόν συμπτωμάτων ασθενείας του κατασκηνωτή/της κατασκηνώτριας.

→Συναινώ στη χρήση στη χρήση αντιψειρικού στο παιδί μου εφόσον διαπιστωθεί από τα στελέχη της Κατασκήνωσης "The Ranch" η ύπαρξη ψειρών ή κόνιδας επί του τριχωτού της κεφαλής του κατασκηνωτή/της κατασκηνώτριας.

→Τα προσωπικά δεδομένα υγείας που περιλαμβάνονται στο παρόν συλλέγονται και επεξεργάζονται από την κατασκήνωση "The Ranch" (εταιρεία "ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΚΟΥΡΑΣ Α.Ε.") προς το σκοπό της διαφύλαξης της υγείας και ασφάλειας των κατασκηνωτών. Τα προσωπικά αυτά δεδομένα θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικά και δε θα κοινοποιηθούν/διαβιβαστούν σε τρίτους πέραν των εργαζομένων της κατασκήνωσης "The Ranch". Συναινώ στην κατ'εξάριση διαβίβασή τους σε περίπτωση διακομιδής του παιδιού σύμφωνα με τα ανωτέρω σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας ή εξωτερικό ιατρό προκειμένου να του παρασχεθεί η κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

→ Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί και αποδέχομαι την πολιτική προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Κατασκήνωσης "The Ranch" (εταιρεία ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΚΟΥΡΑΣ Α.Ε.).

Ο γονέας/κηδεμόνας έχει τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, εναντίωσης και περιορισμού της επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων υγείας του κατασκηνωτή. Ο

γονέας/κηδεμόνας έχει επίσης το δικαίωμα να ανακαλέσει ανά πάσα στιγμή τη χορηγούμενη συγκατάθεσή του μέσω της αποστολής email στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@ranch.gr ή μέσω επικοινωνίας στο τηλέφωνο 210-4100121 καθώς και το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Σε περίπτωση άρνησης χορήγησης του ιατρικού ιστορικού ή ανάκλησης της συγκατάθεσης επεξεργασίας δεδομένων υγείας η Κατασκήνωση διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί την περαιτέρω παραμονή του παιδιού/κατασκηνωτή για λόγους ασφαλείας της κατασκηνωτικής Κοινότητας και των υπολοίπων κατασκηνωτών.

Ημερομηνία/...../.....

Α.Δ.Τ:

Υπογραφή γονέα

(& ολογράφως)