



ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ομάδα:

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------|-----------|--|-----|
| Επίθετο: | | Όνομα: | | | |
| Όνομα πατέρα: | | Όνομα μητέρας: | | | |
| Ηλικία: | | Ομάδα αίματος: | | Βάρος: | |
| ΑΜΚΑ παιδιού: | | ΑΜΚΑ γονέα που ασφαρίζει το παιδί: | | | |
| Έχει εμβολιαστεί πλήρως για τα συνήθη προβλεπόμενα λοιμώδη νοσήματα, όπως ενδεικτικά ιλαρά, ερυθρά, τέτανος κτλ; | | | | | |
| Nαι | | Όχι | | Αν όχι, ποια εμβόλια υπολείπονται: | |
| Διαθέτει πιστοποιητικό πλήρους εμβολιασμού νόσησης σε ισχύ (εντός εξαμήνου) | | | ή | ΝΑΙ | ΌΧΙ |
| Εάν ναι, απαραίτητη η προσκόμιση της βεβαίωσης . | | | | | |
| Υποφέρει από κάποιο νόσημα (όπως ενδεικτικά άσθμα, σακχαρώδη διαβήτη, μεσογειακή αναιμία, καρδιακά νοσήματα, σπαστική βρογχίτιδα, έλλειψη ενζύμου g6pd, επιληπτική συνδρομή κτλ) που χρήζει ιατρικής παρακολούθησης; | | | | | |
| Nαι | | Όχι | | Αν ναι, ποιο: | |
| Παρουσιάζει αλλεργία σε κάποια τροφή, φάρμακο, ζώο, περιβάλλον, σκόνη ή σε κάτι άλλο; | | | | | |
| Nαι | | Όχι | | Αν ναι, τι είδους αλλεργία και σε τι; | |
| Έχει περάσει κάποια σημαντική ασθένεια; | | | | | |
| Nαι | | Όχι | | Αν ναι, ποια και πότε; | |
| Παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα ψυχολογικής αιτιολογίας (νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία, ονυχοφαγία κτλ); | | | | | |
| Nαι | | Όχι | | Αν ναι, ποιο και πόσο συχνά; | |
| Λαμβάνει επί του παρόντος φαρμακευτική αγωγή; | | | | | |
| Nαι | | Όχι | | Αν ναι, για ποια αιτία και μέχρι πότε; | |
| Εμφανίζει κάποια αναπτυξιακή διαταραχή, όπως ενδεικτικά Σύνδρομο Asperger, Σύνδρομο Tourette, Φάσμα Αυτισμού, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) κτλ; | | | | | |
| Nαι | | Όχι | | | |
| Εάν ναι, υπάρχει διάγνωση ιατρού; | | | Από πότε; | | |
| Παρακολουθείται από ειδικό ιατρό; ΌΧΙ ΝΑΙ και αν ναι, πόσο τακτικά; | | | | | |

Τα φάρμακα (ακόμα και τα παραϊατρικά σκευάσματα) παραδίδονται αποκλειστικά και μόνο στον Ιατρό της Κατασκήνωσης "The Ranch" από τους ίδιους τους γονείς/κηδεμόνες των κατασκηνωτών/τριων και παραμένουν φυλαγμένα στο Ιατρείο της Κατασκήνωσης μέχρι την αποχώρηση του παιδιού από αυτή. Οι γονείς/κηδεμόνες αναλαμβάνουν με δική τους αποκλειστική ευθύνη να ενημερώσουν τον Ιατρό της Κατασκήνωσης προσηκόντως για την αιτία λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, τη συνιστώμενη δοσολογία της και να του γνωστοποιήσουν το όνομα του ιατρού που συνέστησε την αγωγή, το συνταγολόγιο καθώς και το τηλέφωνο επικοινωνίας του. Απαγορεύεται ρητώς να φέρουν οι κατασκηνωτές /τριες στις αποσκευές τους κατά τη διάρκεια παραμονής τους στην Κατασκήνωση οιοδήποτε φάρμακο ή παραϊατρικό σκευάσμα.

Θα θέλατε να επιστήσετε την προσοχή μας σε κάτι άλλο που αφορά την υγεία του παιδιού σας ή τη συμπεριφορά του;

Ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου; Αν ναι, γιατί;

Εμφανίζει το παιδί κάποιο υποκείμενο νόσημα (π.χ. αναπνευστικό/καρδιαγγειακό);

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

→ Συναινώ στη διακομιδή του παιδιού μου σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας, εφόσον τούτο κριθεί απαραίτητο από τον Ιατρό της κατασκήνωσης "The Ranch".

→ Συναινώ στη χορήγηση από τον Ιατρό Κατασκήνωσης "The Ranch" αντιπυρετικού/παισιόπνου (με βασική δραστική ουσία την παρακεταμόλη ή την ιβουπροφαίνη), εφόσον τούτο κριθεί απαραίτητο για την αντιμετώπιση τυχόν συμπτωμάτων ασθένειας του κατασκηνωτή/της κατασκηνώτριας καθώς και στη χορήγηση φυτικού σκευάσματος για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. **Τυχόν προφορική σύσταση του γονέα/κηδεμόνα περί της χορήγησης οιοδήποτε φαρμάκου, παραϊατρικού σκευάσματος ή αλοιφής δεν θα λαμβάνεται υπόψη, παρά μόνο αν η εν λόγω χορηγηθεί εγγράφως και συνοδεύεται από σύσταση ιατρού.**

→ Συναινώ στη διενέργεια από τον Ιατρό της κατασκήνωσης self ή rapid test.

→ Συναινώ στη χορήγηση από τον Ιατρό Κατασκήνωσης "The Ranch" των απαραίτητων δραστικών ουσιών, εφόσον τούτο κριθεί απαραίτητο αποκλειστικά από αυτόν, για την άμεση αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού κινδύνου της ζωής του κατασκηνωτή/της κατασκηνώτριας, όπως ενδεικτικά αλλεργικού σοκ, επιληπτικής κρίσης κτλ.

→ Συναινώ στη χρήση στη χρήση αντιψευρικού 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'εξαιρεση 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/...../.....

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου

.....

Υπογραφή γονέα
(& ολογράφως)