

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΟΔΟΣ:
ΑΡΙΘΜΟΣ:
ΠΕΡΙΟΧΗ:
Τ.Κ.:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πάσχει/Έπασχε από:
(ΑΣΘΜΑ - ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΥΤΙΩΝ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΥΠΙΝΟΒΑΣΙΑ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ κ.λπ.)

Κουράζεται εύκολα; - Λαχανιάζει εύκολα;.....

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια;.....
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Χρειάζεται κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα;
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Υπέστη πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις;
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Είναι ευαίσθητος/η σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα;
(ΑΝ ΝΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΜΟΡΦΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΦΑΡΜΑΚΟ)

Έκανε εμβόλια (σημειώσατε ημερομηνίες); ΤΕΤΑΝΟΥ ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑΣ ΑΛΛΑ.

Έχει ανάγκη ιδιαίτερη μεταχείριση, διαίτα ή άλλη προσοχή;.....
(ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑΣ)

Επιτρέπεται η συμμετοχή του/της:.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ)